



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**“Conocimientos y aplicación de normas de bioseguridad  
del personal de enfermería del Hospital Uldarico Rocca  
Fernandéz EsSalud, Villa El Salvador, 2006”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Salud Pública

**AUTOR**

Lucina SERPA ENCISO

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Serpa, L. Conocimientos y aplicación de normas de bioseguridad del personal de enfermería del Hospital Uldarico Rocca Fernández EsSalud, Villa El Salvador, 2006 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

---

“CONOCIMIENTOS Y APLICACION DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD  
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL  
ULDARICO ROCCA FERNANDÉZ ESSALUD  
VILLA EL SALVADOR, 2006”

## **AGRADECIMIENTO**

**A mis docentes, colegas y amigos  
que me apoyaron en la realización  
de este estudio de investigación.**

**A mi esposo por su apoyo constante,**

**para el logro de mis metas.**

**A mis hijos por ser el estímulo**

**permanente de superación.**

# INDICE

	Página
INDICE DE TABLAS.	viii
RESUMEN	ix
PRESENTACIÓN.....	x
 <b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b>	
A. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA	12
B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
C. OBJETIVOS.	17
D. PROPOSITOS	18
E. JUSTIFICACIÓN.	19
F. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	19
G. BASE TEÓRICA CONCEPTUAL	23
H. HIPÓTESIS	61
I. DEFINICION OPERACIONAL DE TREMINOS	61
J. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	63
 <b>CAPITULO II MATERIAL Y METODO</b>	
A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	64
B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	64
C. POBLACIÓN Y MUESTRA	65
D. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	66
E. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	66
F. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	67
G. PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS	68
H. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	68

### **CAPITULO III**

A. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	69
---------------------------------	----

### **CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

A. CONCLUSIONES	77
B. LIMITACIONES	78
C. RECOMENDACIONES	78

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	80
----------------------------	----

BIBLIOGRAFIA	81
--------------	----

ANEXOS	82
--------	----



## INDICE DE TABLAS

N°	Título	Página
1	Nivel de Conocimientos sobre Normas de Bioseguridad del Personal Profesional de Enfermería del Hospital Uldarico Rocca Fernandez Villa Salvador, 2006.....	70
2	Nivel de Conocimientos sobre Normas de Bioseguridad del Personal no Profesional de Enfermería del Hospital Uldarico Rocca Fernandez Villa Salvador, 2006.....	71
3	Nivel de Aplicación de Normas de Bioseguridad del Personal Profesional de Enfermería del Hospital Uldarico Rocca Fernández Villa El Salvador, 2006.....	72
4	Nivel de Aplicación de Normas de Bioseguridad del Personal no Profesional de Enfermería del Hospital Uldarico Rocca Fernandez Villa Salvador 2006.	73
5	Cuadro Comparativo de Nivel de Conocimientos y Aplicación del Personal Profesional de Enfermería del Hospital Uldarico Rocca Fernandez Villa Salvador 2006.	74
6	Cuadro Comparativo del Nivel de Conocimientos y Aplicación del Personal No Profesional de Enfermería del Hospital Uldarico Rocca Fernandez Villa Salvador 2006.	75

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos y aplicación de normas de bioseguridad del personal profesional y no profesional de enfermería del HURF y compararlos.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo siendo la población el personal de enfermería del HURF distrito de Villa el Salvador primer semestre 2006.se tomó una muestra de 17 enfermeras y 19 técnicas, evaluándose el nivel de conocimientos mediante un cuestionario y la aplicación a través de una guía de observación.

**Resultados:** El nivel de conocimientos tanto del profesional y no profesional de enfermería es moderado existen errores comunes como menor frecuencia de lavado de manos, consumo de alimentos en áreas críticas, reencapuchado de agujas, eliminación de desechos inadecuadamente. **Conclusiones:** El nivel de conocimientos del personal profesional y no profesional de enfermería es moderado y su aplicación es incorrecta en ambas. **Palabras clave:** Normas de bioseguridad, áreas críticas, eliminación de desechos, barreras protectoras, conocimiento.

## **SUMMARY**

Objective to: Determinar the level of knowledge and application of norms of bioseguridad of the professional and non professional personnel of infirmary of the compararlos. Material HURF.y and descriptive Metodos:estudio being the population the personnel of infirmary of the HURF district of Rescuing Villa second semester 2006.se took a sample from 17 nurses and 19 tecnicas, evaluating themselves the level of knowledge by means of questionnaire and the application atraves of an observation guide Resultados.el level of knowledge as much of the nonprofessional professional and of infirmary are moderate exist errorescomunes like smaller frequency of washing of hands, food consumption in areas critics, reencapuchado of needles, elimination of remainders inadequately Conclusiones:el level of knowledge of the professional personnel and nonprofessional of infirmary it is she is incorrect in ambas.Palabras clave:normas of bioseguridad, areas critics, protective elimination of remainders, barriers, knowledge.

## **PRESENTACIÓN**

Los avances tecnológicos hacen que sea de preocupación prioritaria la incorporación de procesos que protejan la salud en el mundo, puesto que los riesgos de trabajo se hacen cada vez más frecuentes, obligándonos a poner en práctica las normas de bioseguridad.

La utilización de bioseguridad que bajo el principio precautorio, busca identificar y prevenir los daños a la salud.

Las normas de bioseguridad establecidos en ESSALUD tienen una orientación clara y precisa de lo que debe ser, pero la razón importante, es que estas normas sean difundidas y evaluadas periódicamente de manera que su ejecución se haga cada vez más exigente, esto implica pues la programación de programas de capacitación continua, la supervisión de los mismos de manera que los conocimientos vayan de la mano con la aplicación de los mismos.

En los últimos diez años se ha adelantado mucho en la investigación sobre control de infecciones intrahospitalarias y como resultado se han formulado extensas normas y recomendaciones, y como es lógico se conoce y se debe aplicar dichas normas, pero también es cierto que en algunas oportunidades se necesita adaptarlas de acuerdo al nivel donde se aplique respetando siempre los principios fundamentales de las normas de Bioseguridad.

Las medidas individuales de control de infecciones intrahospitalarias no pueden surtir efecto a menos que formen parte de un sistema de control

eficaz, no es suficiente que un hospital este limpio si el personal que labora no cumple con las medidas de bioseguridad

Las infecciones intrahospitalarias son un problema muy frecuente, el 5% a 8% de pacientes hospitalizados contraen una infección. El control de las infecciones intrahospitalarias es responsabilidad de todos los que trabajan en un hospital desde el director del hospital hasta el personal de seguridad.

La investigación determinará los hallazgos sobre el nivel de conocimientos y la aplicación de las normas de bioseguridad en el personal de enfermería del Hospital Uldarico Rocca. El presente trabajo de investigación consta de El capítulo I, denominado el problema contiene: el planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos, el propósito, la justificación; los antecedentes de estudio, la base teórica conceptual, la hipótesis, definición operacional de términos y la operacionalización de las variables. El capítulo II material y método que contiene el tipo, nivel y método de la investigación, la descripción de área o sede de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, plan de recolección, procesamiento y presentación de datos, plan de análisis e interpretación de los datos, validez y confiabilidad de los instrumentos de la investigación. El capítulo III resultados y discusión, el capítulo IV las conclusiones, limitaciones y recomendaciones finalmente las referencias bibliográficas, la bibliografía y los anexos.

**LA AUTORA**

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **A. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

Dado el enfoque de BIOSEGURIDAD EN AMERICA LATINA reforzado este con la organización de un evento CUMBRE MUNDIAL DE BIOSEGURIDAD, realizado en Colombia en Febrero de 1999, en el cual participa la OEA se dió inicio a la elaboración de protocolos que regulan el movimiento del avance tecnológico y por ende dichas normas son impartidas a nivel mundial.

El 29 de enero del año 2000 se adoptó en Montreal Canadá, el Protocolo de Cartagena sobre seguridad de la biotecnología del Convenio sobre la diversidad Biológica y el 24 de mayo del año 2000 El Perú suscribió dicho instrumento internacional expresando con ello su apoyo a los objetivos y provisiones así como su predisposición de ratificarlo y formar parte de este acuerdo internacional.

Respecto al marco legal nacional en el Perú el 12 de mayo de 1999, se publicó la ley N° 27104, ley de prevención de riesgos derivados del uso de la biotecnología. Dada en el Congreso de la República cuyos objetivos están dirigidos a: Proteger la salud humana, el ambiente y la diversidad biológica; Promover la seguridad en la investigación y en el desarrollo de la Biotecnología.

Los cambios en la metodología de trabajo, los avances tecnológicos en el ámbito del equipo de salud, ha hecho que cada vez nos preocupemos más por optimizar la promoción y protección de la salud en el mundo.

Informes recientes refieren que el 65 a 70% de los accidentes ocurren en el personal de enfermería, seguido del personal de limpieza (17%), luego el personal de laboratorio (10 a 15%) y finalmente el personal médico (4%).

Una monografía comparada realizada en Argentina entre una institución pública con una privada respecto a accidentes punzo cortantes con material patogénico nos dio a conocer que el personal de limpieza del sector público tenía un alto porcentaje de accidentes 58%, comparado con el sector privado un 10% lo que nos indica que no se aplican las normas de bioseguridad.

Por otro lado en Chile un estudio sobre accidentes punzo cortantes en clínicas odontológicas manifestaron tener conocimiento de por lo menos un 79% de casos, pero mencionan que siempre reportan accidentes por lo menos un tercio de su población en un espacio de seis meses.

La tasa de prevalencia de las infecciones intrahospitalarias en el hospital de Essalud Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins descendió de 13.8% a 9.79% como resultado de un proyecto ejecutado por la División de Epidemiología que permitió ahorrar más de un

millón de dólares entre julio y diciembre del año 1999. el cual sostuvo que la mayor incidencia de infecciones se producían en las heridas postoperatorias especialmente del trato urinario y también como producto de neumonías y septicemias.

Nos enfrentamos a un problema de buscar el método eficaz de evitar las infecciones intrahospitalarias ya que muchas de ellas son previsibles y es ahí donde entra a tallar el personal que trabaja en un hospital puesto que es vital la capacitación y el intercambio de impresiones, esto nos permitiría conseguir que los trabajadores de salud y en este caso el personal del servicio de enfermería identifique las normas de bioseguridad, lo aplique y además se someta a verificaciones constantes de manera que se garantice una atención con calidad. Porque sabemos que invertir en el control de infecciones intrahospitalarias reducirá los gastos generales como lo demostró el Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, y por ende los costos hospitalarios tanto de hospitalización, farmacia se verán disminuidos pero lo más importante es que tendremos a nuestros pacientes satisfechos.

Dentro del personal de enfermería las circunstancias en que ocurren los accidentes son al administrar medicamentos y cuando no usan las barreras protectoras.

Si hablamos de los riesgos existentes en lo que se refiere a la protección de los profesionales de la salud, esta orientado a la



prevención de riesgos de trabajo en salud al tener contacto con residuos potencialmente infectados.

Es necesario mencionar que todo trabajador esta protegido por derechos legales en los cuales intervienen aspectos administrativos igualmente legales para protegerlos en caso de accidentes de trabajo o casos de contagio en el desempeño de su trabajo, lo que pasa es que estos derechos son poco difundidos, de allí el desconocimiento de los involucrados que no aplican la forma correcta de proceder. Así mismo el transgredir las normas de bioseguridad como en el uso de protectores de acuerdo al lugar de trabajo especialmente en todos los servicios básico cirugía, medicina, pediatra, consulta externa, centro quirúrgico y emergencia son riesgos que el personal de enfermería, que en su totalidad son 55 enfermeras y 75 técnicos de enfermería, se enfrentan a diario

En el Hospital Uldarico Rocca F. no se cuenta con registro de casos de accidentes de trabajo como son los pinchazos con agujas en las enfermeras especialmente durante la administración de los tratamientos. Las técnicas de enfermería que igualmente están en continuo riesgo pues ellas se encargan del lavado del instrumental y la eliminación de todos los desechos. Así también en el Programa de control de la Tuberculosis, donde el uso de mascarillas N95 es necesario para tener una mayor protección

Por otro lado Essalud cuenta con una entidad encargada de la salud ocupacional CEPRIT Centro de Prevención de riesgos de Trabajador el cual sabemos está priorizando su atención a las empresas privadas por lo que pensamos que la prioridad debería ser la institución a la que representa.

En el Hospital Uldarico Rocca Fernandez de Essalud. Se observa a menudo que los profesionales de enfermería realizan su trabajo diario cumpliendo actividades variadas como: docencia, administración y por su puesto su función asistencial tratando de encontrar equidad en ellos; así mismo se sabe por referencias del personal de enfermería que hay muchos casos de accidentes de trabajo intrahospitalario que no se notifican, encontrándose así un subregistro de accidentes de trabajo con pocas notificaciones al año, lo que nos indica que la mayoría del personal no saben que todo accidente de trabajo debe ser notificado; ya que esto conlleva a que se incremente la exposición a los riesgos los cuales se disminuiría con una adecuada práctica de las normas de bioseguridad.

En lo que se refiere a capacitación al personal de enfermería de las 4 capacitaciones realizadas en el hospital ninguna correspondía a bioseguridad, ni tampoco se observa programaciones sobre este tema en los siguientes meses.

## **B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Como se podrá suponer esta situación debiera superarse en la actualidad, pero no se observan cambios sustanciales en el desenvolvimiento de los profesionales y no profesionales sobre normas de bioseguridad en su desempeño profesional y esto me motiva a formular el siguiente problema de investigación: **¿Cuál es el nivel de conocimientos y aplicación de normas de bioseguridad del personal de enfermería del Hospital Uldarico Rocca Fernández Essalud - Villa el Salvador 2006?**

## **C. OBJETIVOS**

### **1.-GENERAL**

Determinar el nivel de conocimientos sobre las normas bioseguridad en el personal profesional y no profesional de Enfermería del Hospital Uldarico Rocca Fernández - Villa el Salvador, 2006.

Determinar el nivel de aplicación de las normas de bioseguridad y establecer diferencias entre el personal profesional y no profesional de Enfermería del Hospital Uldarico Rocca Fernandez- Villa El Salvador, 2006.

## 2.-ESPECÍFICOS

- a) Evaluar el nivel de conocimientos sobre las normas de bioseguridad del personal profesional de Enfermería.
- b) Evaluar el nivel de conocimientos de las normas de bioseguridad del personal no profesional de Enfermería.
- c) Evaluar el nivel de aplicación de las normas de bioseguridad del personal profesional de Enfermería.
- d) Evaluar el nivel de aplicación de las normas de bioseguridad del personal no profesional de Enfermería.

## D. PROPÓSITO

El presente trabajo de investigación permitirá conocer la situación real del personal de enfermería del hospital Uldarico Rocca Fernandez en lo que se refiere a conocimientos y aplicación de normas de bioseguridad de manera que se contribuya a reducir o eliminar los daños potenciales por accidentes de trabajo en el desempeño profesional del personal, haciendo efectivo el uso de barreras de protección normadas previniendo así los accidentes laborales, así mismo brindando información actualizada a la institución, para formular estrategias necesarias orientadas a la capacitación y educación continua a través de coordinaciones con la unidad encargada específicamente de ello el Centro de Prevención de Riesgos de Trabajo CEPRIT y la supervisión continua para el cumplimiento al 100% de las normas de bioseguridad.

Los resultados pueden servir de referencia y motivación para la realización de estudios similares en otros establecimientos de salud.

## **E. JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo de investigación justifica su realización:

- 1.- Porque en los servicios de enfermería existen más riesgos, por estar estos orientados al cuidado de personas durante el proceso de salud – enfermedad incluyéndose a pacientes en su fase aguda sin discriminar su patogenicidad.
- 2.- Porque es responsabilidad del profesional de enfermería prevenir los accidentes de trabajo laborales aplicando correctamente las normas de bioseguridad establecidos como son: el uso de guantes, mascarillas, lentes protectores, mandilones gorros, botas etc. y manejo adecuado de fluidos y materiales contaminados.
- 3.- Porque es importante la prevención de daños laborales así como el control de infecciones intrahospitalarias. Ya que ambos aumentan los riesgos laborales.
- 4.- Porque las normas de Bioseguridad se aplican con muchas limitaciones, por falta de capacitación y supervisión, éste último por ser hospital de primer nivel de atención.

## **F. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

- 1.- María ANTONIA KLARIAN, Enfermera jefe de la Asociación Chilena de Seguridad, en el año 1990, realizó un estudio sobre

“Accidentes de trabajo que se presentan en el Personal de Enfermería entre 1973 y 1982”. con el objetivo de determinar cuales son los accidentes más comunes que padecen los profesionales de enfermería. El método fue el descriptivo. La población estuvo conformada por la Enfermeras de Chile. La técnica a aplicar fue la encuesta utilizando dos instrumentos lista de chequeo y un cuestionario. Concluyendo entre otros que los accidentes más comunes fueron las heridas (generalmente en manos y con material punzo cortante) y las quemaduras Así mismo estos hechos se presentan con mayor frecuencia entre las 9 a.m. y las 4 p.m. en los primeros días de la semana.

2.- Elza Carrasco Otarola, Ariadna Velazco Cornelio y Alicia Peralta Rupay, Lima, en 1995, realizaron un estudio sobre “Morbilidad y riesgo laboral del Personal de Enfermería del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”. Con el objetivo de determinar el grado de morbilidad y riesgo laboral del personal de Enfermería del nosocomio. El método que utilizaron fue el descriptivo transversal. La población estuvo constituida por Enfermeras y Técnicos de Enfermería. La técnica fue un cuestionario y una guía de observación. Concluyendo entre otros, mayor incidencia de enfermedades comunes en el personal profesional de Enfermería con relación al no profesional, presentándose en mayor número las afecciones a las vías respiratorias, los pinchazos y cortes localizados en miembros superiores; asimismo, en cuanto a la experiencia laboral por años, el personal menos afectado es el personal técnico en

Enfermería, presentado estos mayores años de experiencia (entre 15 a 22 años), comparándolo con los pocos años de experiencia del personal profesional de Enfermería (entre 8 a 14 años laborales).

3.- José Calparsoro y Pedro Orbegoza, Medellín en el año 2000 realizaron un estudio sobre “Prevalencia de marcadores de infección del virus de la Hepatitis “B” en profesionales de Enfermería de las Instituciones de Salud en Medellín”. Con el objetivo de determinar el grado de infección de profesiones de enfermería por el Virus de la Hepatitis B, el método que se utiliza fue el experimental. La población estuvo conformada por los profesionales de Enfermería de las instituciones de Salud. La técnica que utilizó fue la encuesta y el instrumento el cuestionario así como se obtuvo muestras de laboratorio. Concluyendo entre otros, que la prevalencia de marcadores de infección era el 24.01% y la susceptibilidad de la población a la infección del 74.4%.

4.- Flor de María García Orrillo, y, María E. Canales Silva, Lima, en 1992, realizaron un estudio sobre “Relación entre los conocimientos de las medidas de Protección Ocupacional que tiene la enfermera y aplicación en la atención del paciente con SIDA, en los Servicios de Medicina del HNGAI”. Cuyo objetivo fue identificar los conocimientos de las medidas de protección ocupacional que tiene la enfermera y la aplicación que se realiza de las mismas en la atención al paciente con SIDA, determinando así la relación que existe entre ellas. El método fue el descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por las

enfermeras del servicio de Medicina del HNGAI. La técnica que utilizaron fue la observación y la encuesta, utilizando un instrumento tipo cuestionario. Concluyendo entre otros, que la mayor parte de las enfermeras aplican inadecuadamente las medidas de bioseguridad, no obstante poseen conocimientos adecuados sobre el riesgo de pacientes con SIDA, no aplicando adecuadamente las medidas de protección ocupacional.

5.- Victor Soto, Enrique Olano. Jefe de la Oficina de Epidemiología y Programas HOSPITAL Nacional Almanzor Aguinaga, Coordinador del Centre de Prevención de Riesgos de Trabajo. En el año 2002 realizaron un trabajo de investigación sobre Conocimiento y cumplimiento de medidas de bioseguridad en Personal de Enfermería. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga. Chiclayo 2002.cuyo objetivo era el determinar el nivel de conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad del personal profesional y técnico de enfermería que labora en áreas de alto riesgo. Material y Método: estudio transversal descriptivo,siendo la población el personal profesional y técnico de enfermería que labora en emergencia,UCI,Unidad de Cuidados intermedios,cirugía General,Centro Quirurgico,neonatologia y hemodiálisis-Setomó una muestra de 117 trabajadores evaluando el nivel de conocimientos mediante el cuestionario y el cumplimiento mediante una guía de observación. Resultados:UCI y Centro Quirurgico tuvieron el resultado alto,tanto en profesionales como en técnicos de enfermería en lo que se refiere a cumplimiento de Normas



de Bioseguridad los resultados fueron variados, siendo el mayor en Centro Quirúrgico y el menor en cirugía y UCEMIN. existen errores comunes mal uso de guante, reencapuchado de agujas, menor frecuencia de lavado de manos, consumo de alimentos en áreas no adecuadas etc. Conclusiones: Existe un alto grado de conocimiento de las normas de bioseguridad por el personal profesional y técnico de Enfermería; sin embargo el cumplimiento de las normas de Bioseguridad es en promedio de nivel 2 (30 a 40 %).

## **G. BASE TEÓRICA CONCEPTUAL**

### **1. GENERALIDADES SOBRE LOS CONOCIMIENTOS**

#### **1.1 Conocimiento**

El conocimiento, ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología, su acertada comprensión depende de la concepción que se tenga del mundo. Al respecto Rossental define al conocimiento como un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica.

También el conocimiento implica una relación de dualidad el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el objeto conocido, en éste proceso el sujeto se empodera en cierta forma del objeto conocido, como lo hizo desde los inicios de la existencia para garantizar los medios de su vida, tuvo que conocer las características, los nexos y las relaciones entre los objetos, definiendo entonces el conocimiento como: “acción de conocer y ello implica tener la idea o la noción de una persona o cosa”.

Por otro lado conociendo es un proceso mental que refleja la realidad objetiva en la conciencia del hombre, tiene carácter histórico y social porque está ligado a la experiencia.

AFANASTEV define conocimiento como “la asimilación espiritual de la realidad, indispensable para la actividad práctica, en el proceso del cual se crean los conceptos y teorías. Esta asimilación refleja de manera creadora, racional y activa los fenómenos, las prioridades y las leyes del mundo objetivo y tiene una existencia real en forma de sistema lingüístico.

Mario Bunge los define como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario y vulgar.

Desde el punto de vista fisiológico Salazar Bondy, define el conocimiento primero como un acto (conocer el producto) y segundo como un contenido, que lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto, éste conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivos, puede independizarse del sujeto gracias al lenguaje.

Entonces se podría concluir que conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retiene a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, el que se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte, originándose cambios en el pensamiento, acciones, o actividades de quien aprende.

### 1.2 Clases de conocimiento:

- a. Conocimiento Cotidiano o Vulgar.- Satisface las necesidades prácticas de la vida cotidiana de forma individual o de pequeños grupos. Se caracteriza por ser ametódico, asistemático, el conocimiento se adquiere en la vida diaria; en el simple contacto con

las cosas y con los demás hombres. No explica él “como”, ni el “porqué” de los fenómenos.

- b. Conocimiento Científico: Es fruto del esfuerzo, consciente, es metódico, crítico, problemático, racional, claro, objetivo y distinto. Cuando el conocimiento ordinario deja de resolver problemas empieza el conocimiento científico; actividad social de carácter crítico y teórico que indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la investigación científica, pues trata de captar la esencia de los objetos y fenómenos, conservados principios, hipótesis y leyes científicas. Expresan la verdadera relación y las conexiones internas de los fenómenos, es decir dan soluciones para resolver los problemas que afronta la sociedad.
- c. Conocimiento Filosófico: Es un conocimiento altamente reflexivo trata sobre los problemas y las leyes más generales, no perceptibles por los sentidos, trata de explicar la realidad en su dimensión universal.
- d. Conocimiento Teológico: Conocimiento revelado relativo a Dios, aceptado por la fe teológica.

1.3 Fuente del Conocimiento: Lo constituyen la realidad exterior que circunda al hombre que actúa sobre él y a su vez el hombre no sólo percibe los objetos y fenómenos del mundo, influye activamente sobre ellos transformándolas.

1.4 “Teoría del Conocimiento” Lenin, postuló lo siguiente: “Existen cosas que no dependen de nuestra conciencia, de nuestras percepciones. No existe absolutamente ninguna diferencia entre el fenómeno y la cosa en sí, lo que realmente existe son las diferencias entre lo que es conocido y lo que se desconoce... hay que razonar dialécticamente, es decir, no considerar que nuestro conocimiento es acabado e inmutable, sino que está en constante movimiento: de la ignorancia al saber, de lo incompleto a lo completo, de lo inexacto a lo exacto”.

1.5 Formas de adquirir el Conocimiento: Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de 2 formas:

- a. Lo informal: Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por éste sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud – enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.
- b. Lo Formal: Es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

## **2. SALUD**

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como un estado de bienestar físico, mental o social completo, siendo esta definición de utilidad limitada cuando se valora a un individuo, y cuando se pregunta que determina el bienestar, la salud profesional o el individuo.

Uno de los problemas que en los últimos años ha cambiando el comportamiento y desarrollo del individuo, esta dado por el medio laboral que constituye una parte importante en donde el individuo se desarrolla, por lo que la salud laboral depende en gran medida de las condiciones de trabajo que brinda la institución de salud. Y aquí tiene mucho que ver la bioseguridad que es nuestra materia de investigación Entre la persona y su medio ambiente de trabajo material y psicológico hay una interacción recíproca permanente; el medio de trabajo puede influir positiva o negativamente en la salud de los profesionales, es decir en el estado de bienestar físico y mental, el cual influye a su vez en la productividad del trabajador. De allí que la Salud Profesional es la capacidad de un trabajador para funcionar a un nivel óptimo de bienestar en el lugar de trabajo, el cual se refleja en términos de productividad, asistencia al

trabajo, demandas de compensación por discapacidad y permanencia en el empleo y por ende la prevención de infecciones intrahospitalarias

Según la OIT:

“La salud se ve menoscabada por las malas condiciones de trabajo, duración excesiva de las jornadas laborales, falta de reposo reparador o suficiente, tareas repetitivas, por las posturas que impone o a la atención constante que exige, que se manifiesta en forma de fatiga”.

Según los objetivos del Programa de Salud de los Trabajadores por la OPS van dirigidos a:

“Proteger, mantener y promover la salud y el bienestar de la población laboral a través de las medidas dirigidas al trabajador, a las condiciones y a los ambientes de trabajo, así como a la comunidad, mediante la identificación, evaluación y control de aquellos factores que afectan negativamente la salud y el fomento de acciones que la favorezcan”.

Así en ciertas circunstancias la Ley de Accidentes del Trabajo y enfermedades ocupacionales otorgan beneficios médicos, económicos, protegiéndole de las incapacidades y la rehabilitación. Al no ser aplicada la ley, el beneficiario pierde sus derechos, y la institución se desentiende de sus obligaciones. Existen manuales que orientan al trabajador y formularios sencillos que facilitan la notificación de una situación anómala, sea accidente o enfermedad, estos informes generalmente lo archivan los sindicatos de trabajadores, variando de acuerdo a cada institución y se hacen las recomendaciones, si fuera el caso, para mejorar las condiciones de trabajo, más allá de la atención misma de la situación emergente; asimismo se envía un informe a la instancia respectiva, quien fiscalizará.

De modo, que cuando las instituciones de salud que no ofrecen las condiciones favorables para ejercer las diferentes actividades según niveles de atención y prevención, se pueden ver afectados el personal de salud por Enfermedades Ocupacionales, entendiéndose ello como un proceso patológico que sobreviene a raíz de la repetición de una causa proveniente en forma directa del tipo de

trabajo que desempeña el trabajador, o bien del medio en que se ha visto obligado a desempeñarlo. Puede decirse que es aquella enfermedad que tiene por escenario el lugar de trabajo y que está condicionada al cumplimiento de una determinada ocupación. Por ello es que el personal de salud se halla expuesto a diversos riesgos en la prestación de sus servicios, especialmente en las enfermedades transmisibles, derivados de los riesgos químicos, físicos y psicosociales.

En tal sentido existen diversas formas por el cual el personal de salud está expuesto a adquirir enfermedades infectocontagiosas por contacto con fluidos corporales definidas como aquellas que se transmiten en forma directa de persona a persona, causadas por microorganismos entre los que destacan las bacterias, los virus, los hongos y los parásitos. Este grupo de enfermedades se transmiten de manera directa al estar expuestos el personal de enfermería a diversos tipos de fluidos corporales como: secreciones respiratorias, sanguinolentas, entre otros. Siendo importante tener en cuenta que estas enfermedades han estado presente a lo largo de la historia de la humanidad y han causado en muchos casos grandes epidemias y muerte. En países como el nuestro, en los que la pobreza, la desnutrición, los estilos de vida, la educación sanitaria aun no han mejorado, existe una alta incidencia de estas enfermedades, cobrando mucha importancia para el personal de salud que para cualquier otra categoría profesional; la bioseguridad, resulta especialmente importante, debido al riesgo evidente al que los enfermeros se hallan mas expuestos y susceptibles a que se le transmitan infecciones y viceversa relacionado a la existencia de condiciones laborales inadecuadas y a la falta de aplicación de las medidas de bioseguridad por el personal de salud.

Aunque cualquier agente microbiológico puede ser una fuente de infección; la tuberculosis ocupa históricamente un lugar predominante. Últimamente la Hepatitis “B” ha suscitado una gran inquietud en el personal de salud, y en los últimos años el espectro del virus del VIH y su capacidad de provocar el SIDA ha provocado una intensa angustia en algunos ambientes. El estado actual de

las instituciones de salud se encuentra alterado, debido a los escasos recursos financieros y económicos que hacen que al no contar con estos recursos, el personal de salud sea susceptible a adquirir enfermedades dentro de su medio laboral prevaleciendo de una manera considerable principalmente la TBC, hepatitis B, entre otros.

De modo que todos los profesionales de Enfermería que realizan sus actividades en unidades críticas, están expuestos a alto riesgo laboral, posibilitando a perder la salud como consecuencia de las condiciones en que se desarrolla el trabajo.

Asimismo se define como exposición ocupacional:

“El recibir la acción de un conjunto de factores fisicoquímicos, psíquicos, sociales y culturales que aisladas o interrelacionados actúan sobre un individuo provocando daños en su salud, en forma accidental o enfermedad asociada a la ocupación”

Por lo que es necesario hoy mas que antes el profesional de Salud aplique las Medidas Preventivas entendiéndose ello como las diferentes formas que se utiliza con el objeto de evitar y prevenir la ocurrencia de la enfermedad.

Según Leavelly Clark ( Padre de la Medicina Preventiva), en su acepción más amplia, la define como:

“Las acciones médicas destinadas a evitar la ocurrencia de la enfermedad interrumpir el curso de la misma en cualquier ataque de su desarrollo, proteger la vida, promover la salud y la eficiencia física y mental”

Dentro del ambiente laboral hospitalario, la salud ocupacional del profesional de Enfermería está relacionada directa y primordialmente al manejo y aplicación de las medidas de bioseguridad, por ser el factor principal que incide en la mayor prevalencia de Enfermedades Infectocontagiosas, como la TBC, hepatitis B, SIDA.

### **3. EL APRENDIZAJE**

**3.1 Definición.-** Aprender es el proceso de construcción de una representación, mental el Proceso de construcción de significados. Se entiende al aprendizaje dentro de la sociedad constructiva del alumno y no implica necesariamente la acumulación de conocimientos. El alumno es el responsable último de su propio proceso de aprendizaje.

Aprender: es el proceso de construcción de una representación mental, por ejemplo. Agrupar dos conjuntos con dos y tres elementos nos da la idea de sumar; el aprendizaje, es el proceso de construcción de significados, por ejemplo al sumar  $2 + 3$ , reconozco que es más fácil añadir elementos, sumarlo en un papel, usar objetos, que resolverlo mentalmente. Se entiende al aprendizaje, dentro de la actividad constructiva del alumno, es decir, cada cual elige su estilo según sus aptitudes y no implica necesariamente la acumulación de conocimientos. De este modo, cada alumno es el responsable de su propio aprendizaje.

El aprendizaje, es el cambio de la estructura de saberes que ya tenemos sobre un tema determinado, estos cambios, deben abarcar la incorporación nuevos conocimientos, procedimientos y actitudes acerca del tema. (S. Chirique, 1999 p.109)

### **3.2 Tipos de Aprendizaje.-**

**Por la forma de adquirir información:**

- a. Aprendizaje por recepción- Se produce cuando el estudiante recibe la información de modo pasivo, por ejemplo, al participar de una conferencia, una charla o espetar un vídeo.
- b. Aprendizaje por descubrimientos- Es el aprendizaje producido por los propios alumnos, quienes descubren por ellos mismo la nueva información. Ausubel, describe dos formas:
  - El aprendizaje por descubrimiento autónomo, se produce cuando cada persona descubre o crea por sí misma nueva información, nuevas obras, nuevos procesos. Por ejemplo,



cuando un arquitecto diseña el plano de una plaza o un edificio, un compositor crea una melodía.

- El aprendizaje por descubrimiento guiado, es cuando el educando va descubriendo conceptos, reglas, leyes, principios, teorías ya descubiertas; con al guía que le proporciona otros agentes, el docente o sus compañeros. Se suele identificar con el redescubrimiento. Por ejemplo, cuando en el laboratorio experimentan el ciclo hidrológico del agua a través de una guía de laboratorio.

**Por la forma de procesar información:**

a. Aprendizaje repetitivo o mecánico.- Ocurre cuando el alumno memoriza información, sin comprender su significado real de lo que aprende. Se produce una repetición mecánica de lo aprendido. En el aprendizaje repetitivo, la estructura cognoscitiva del estudiante, la vinculación entre lo nuevo y el conocimiento previo es literal y arbitraria, debido a ello, el aprendizaje que se produce es mecánico y la capacidad de retención es muy baja, produciéndose aprendizajes superficiales y sin modificaciones (...), por ejemplo al memorizar una poesía.

b. Aprendizaje significativo- el aprendizaje significativo las ideas se relaciona substancialmente con lo que el alumno ya dice: los nuevos conocimientos se vinculan así, de manera estrecha y esta los anteriores es útil a la persona que aprende de modo directo y indirecto.

Ausubel distingue tres formas de aprendizaje significativo:

- El aprendizaje incluso subordinado, es cuando en al estructura cognitiva exciten conceptos inclusos que permitan subordinar el aprendizaje a ello. Durante el aprendizaje significativo, los conceptos previos y conceptos asimilados se modifica, es decir, los conceptos no pueden recuperar los previos en su estado original. Por ejemplo aprender acerca de los seres vivos, luego aprender su taxonomía, especies familias.

- El aprendizaje supraordenado o superordenador, se presenta cuando el nuevo concepto previo y logra la teoría de exponentes.
- El aprendizaje combinado, se produce cuando una idea se relaciona con las ideas existentes en la estructura del conocimiento, pero esa, no es ni más inclusiva, ni más específica que las ideas exigentes. Por ejemplo, al aprender historia local en un curso de historia del Perú.

### **c. El aprendizaje significativo en la perspectiva de Ausubel**

Dávila Espinoza describe que en la década de los 70 s las propuestas de Bruner sobre el aprendizaje por descubrimiento cobraron adeptos en forma acelerada. Las experiencias se orientaban a que los niños en las escuelas construyen su conocimiento a través del descubrimiento de contenidos. Se privilegia, entonces, el activismo y las experiencias dentro del aula. Ante la llegada de lo nuevo, se criticó severamente el modelo expositivo tradicional.

Ausubel, reconoció las bondades del aprendizaje por descubrimiento, pero se opuso a su aplicación irreflexiva. Después de todo, hay que considerar el aprendizaje por descubrimiento tiene una desventaja: necesita considerablemente más tiempo para la realización de actividades.

Ausubel, considera que el aprendizaje por descubrimiento no debe presentarse como opuesto al aprendizaje por recepción (aprendizaje por exposición), pues este, puede ser igualmente eficaz (en calidad) que aquel, si se dan ciertas características. Además, puede ser notablemente más eficaz (en calidad) que aquel, si se dan ciertas características. Además, puede ser notablemente más, pues eficiente, pues se invierte mucho menos tiempo.

Así, el aprendizaje escolar puede darse por recepción o por descubrimiento, como estrategia de enseñanza y puede lograr en el alumno, aprendizaje de baja calidad (memorístico o repetitivo). Se considera que el aprendizaje por recepción no implica, como mucho se critica, una actitud pasiva del alumno; ni tampoco las actividades diseñadas para guiar al aprendizaje por descubrimiento, garantiza la actividad cognoscitiva del alumno.

#### **d. Características del aprendizaje significativo**

David Ausubel acuña a la expresión aprendizaje significativo para contrastarla con el aprendizaje memorista.

Así las características del aprendizaje significativo son:

- a) Los nuevos conocimientos se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva del alumno
- b) Estos se logra, gracias a un esfuerzo deliberado del alumno por relacionar los nuevos conocimientos, con sus conocimientos previos.
- c) Todo lo anterior, es producto de una implicación afectiva del alumno, es decir, el alumno quiere aprender aquellos que se le presente porque lo considera valioso.

En contraste, el Aprendizaje Memorístico se caracteriza por:

- a. Los nuevos conocimientos se incorporan en forma arbitraria en la estructura cognitiva del alumno.
- b. El alumno no realiza un esfuerzo para integrar los nuevos conocimientos con los previos
- c. El alumno no quiere aprender, pues no concede valor a los contenidos presentados por el profesor.

#### **e. Ventajas del aprendizaje significativo**

El Aprendizaje Significativo tiene claras ventajas sobre el Aprendizaje Memorístico:

- Produce una retención más duradera de la información. Modifica la estructura cognitiva del alumno mediante reacomodos de la misma para integrar a la nueva información.
- Facilita el adquirir nuevos conocimientos relacionados con los ya aprendidos en forma significativa, ya que al estar claramente presentes en la estructura cognitiva, se facilita su relación con los nuevos contenidos.
- La nueva información, al relacionarse con la anterior, es depositada en la llamada memoria a largo plazo, en la que se conserva más allá del olvido de detalles secundarios.

- Es activo, pues depende de la asimilación deliberada de la actividad de aprendizaje, por parte del alumno.
- Es personal, pues la significación de los aprendizajes depende de los recursos cognitivos del alumno (conocimientos previos, y la forma cómo éstos se organizan en la estructura cognitiva).

A pesar de estas ventajas, muchos de las personas prefieren aprender en forma memorística, convencidos por la triste experiencia que frecuentemente los profesores evalúan el aprendizaje mediante instrumentos que no comprometen otra competencia mediante instrumentos que no comparten otra competencia que el recuerdo de información, sin verificar su comprensión.

Es útil mencionar que los tipos de aprendizaje memorístico y significativo, son los extremos de un continuo, en el que ambos coexisten en mayor o menor grado y en la realidad no podemos hacerlos excluyentes. Muchas veces aprendemos algo en forma memorística y tiempo después, gracias a una lectura o una explicación, aquello con significado para nosotros; o lo contrario, podemos comprender en términos generales el significado de un concepto, pero no somos capaces de recordar su definición de clasificación.

Cuando el adulto ha asimilado un contenido, a veces, olvida que esto es un proceso que para el alumno, representa un esfuerzo de acomodación de su estructura cognitiva. Recordemos la dificultad que representa para un niño de menos de seis años comprender la relación entre: Perú, Ancash, Huaraz, América, Brasil, etc. Necesitará reconciliarlos mediante los tipos de asimilación arriba presentados y la comprensión de los conceptos: Distrito, provincia, departamento, país, continente.

El aprendizaje de proposiciones es el que podemos apoyar mediante el uso adecuado de mapas conceptuales, ya que éstos nos permiten visualizar los procesos de asimilación de nuestros alumnos respecto a los contenidos que pretendemos aprendan. Así, seremos capaces de identificar oportunamente, e intervenir para corregir, posibles errores u omisiones.

### **LOS PRINCIPIOS DEL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO:**

1. **LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS.-** Son todos los saberes acumulados por el individuo, hasta antes de iniciar el proceso de aprendizaje. Esta constituido por el cúmulo de conceptos. Posibilidades, destrezas, actitudes que el sujeto muestra como aprendizajes anteriores. Constituyen la base de la iniciación del proceso de aprendizaje, como experiencias previas.
2. **EL CONFLICTO COGNITIVO.-** Es un proceso permanente que se inicia con la puesta en cuestión de los saberes previos, son los momentos en los cuales los conocimientos previos a los nuevos son problematizados, puestos en duda, con el fin de activar el aprendizaje, genera una actitud natural del ¿POR QUÉ? De las cosas. Puede decirse, que es el momento en que el docente confronta el saber previo del educando con lo nuevo por conocer; o el nuevo saber con la teoría científica; generando en el educando una natural sensación de motivación e interés por el proceso de aprendizaje y la búsqueda de respuestas.
3. **CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO.-** Es un proceso activo permanentemente es limitado a través de los cuales, el educando va vinculando los saberes previos con la nueva información, construyendo un bagaje de conocimientos, para ello son necesarios el uso de estrategias cognoscitivas que permitan organizar jerárquicamente los conocimientos. Se podría decir, que es un proceso permanente de hipotetización y contrastación de conocimientos. Que se materializa como un proceso permanente de elaboración del aprendizaje.
4. **DIFERENCIACIÓN PROGRESIVA.-** La diferenciación progresiva, hace que se discrimine el grado de inclusividad y a especificidad de las regularidades en los objetos o hechos y que se reconozcan más vínculos proposicionales con otros conceptos. Dicho en otras palabras se produce un proceso de reorganización cognitiva; en el que los conceptos antes dichos mejoran, se amplían o reorganizan jerárquicamente siguiendo un orden lógico.

5. RECONCILIACIÓN INTEGRADORA.- La reconciliación integradora es el proceso en el cual, se reconoce que dos o más conceptos son relacionables en términos de nuevos significados proposicionales y/o cuando se resuelven conflictos de significados en los conceptos. La reconciliación integradora se va produciendo de manera constante y natural, los que a su vez ayuda a interrelacionar e integrar la nueva información, diferenciándola de la anterior, errónea, produciendo en el educando la aplicación de los nuevos conocimientos a sus necesidades reales.
6. SUBSUNCIÓN SIGNIFICATIVA.- La subsunción significativa es el proceso que controla la actuación de los aprendizajes anteriores integrando los nuevos conocimientos, con estrategias cognoscitivas, logrando el crecimiento y la organización del aprendizaje significativo. La subsunción correlativa ocurre cuando el nuevo aprendizaje se convierte en una extensión, elaboración, modificación o cualificación de proposiciones o conceptos aprendidos anteládicamente.

**PROCESO METODOLÓGICO DEL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO:**

1. INICIACIÓN.- Se cumple a través de:
  - a) VIVENCIAS: Que pueden ser un conjunto de hechos concretos, observaciones, realizaciones, experimentaciones, simulaciones, dramatizaciones, etc. Que permitan generar interés o motivación por aprender, lo cual permitirá explorar los saberes previos.
  - b) RECUPERACIÓN DE SABERES: A partir de lo anterior, empleando técnicas como la lluvia de ideas, diálogos, discusión grupal, etc., se debe buscar explorar el máximo los conocimientos previos.
2. ELABORACIÓN.- Es el proceso de construcción de conocimientos, se evidencia en:
  - 2 PROBLEMATIZACIÓN DE SABERES: Son los procesos permanentes de desarrollo de conflictos cognitivos los que ocurren al generar curiosidad, duda, inquietud, confrontación de ideas, conceptos, etc., entre lo conocido y lo nuevo por conocer.

- 3 HIPOTETIZACIÓN DE SABERES: En este proceso es donde surgen los nuevos conceptos, probables respuestas a problemas, pueden ser producto de la elaboración personal, los aportes de la ciencia o los saberes de la cultura universal.
- 4 ELABORACION DE SABERES: La sustitución de lo viejo conocido por lo nuevo por conocer, permite la diferenciación progresiva de conceptos, principios, teorías cada más pertinentes. Se produce, cuando se presentan nuevos conceptos empleando esquemas resumen, se ejercitan, construyen, demuestran, experimentan los nuevos saberes.
3. APLICACIÓN.- Es la puesta en común y uso del nuevo saber a contextos reales, se puede materializar a través de:
  - a) SINTETIZAN NUEVOS SABERES: Es cuando se socializan los aprendizajes logrados, exhibiendo sus productos, comparando sus logros. Se recomienda usar esquemas cognitivos.

APLICAN NUEVOS SABERES: Es el empleo de sus nuevos conocimientos para resolver problemas de su realidad, se evidencia la utilidad del nuevo saber para sus necesidades personales y sociales. Se evidencia la transferencia del nuevo saber a contextos reales.

**4. BIOSEGURIDAD.-**Es el conjunto de medidas normas y procedimientos destinados a minimizar y /o controlar los riesgos de infección intrahospitalaria así como crear el comportamiento y manejo preventivo del personal de salud frente a microorganismos potencialmente patógenos .

Objetivo General de la Bioseguridad

Contribuir a la construcción de una cultura de comportamiento dentro del ambiente hospitalario para evitar los riesgos de infección intrahospitalaria con el fin de proteger al paciente, personal de salud y la comunidad.

#### **4. BIOSEGURIDAD.**

Conocemos que BIOSEGURIDAD deriva de dos palabras BIO conjunto de seres humanos, y SEGURIDAD calidad de seguro, libre y exento de todo peligro, daño o riesgo. Al construir la palabra sería protección de la vida, situación que puede lograrse en parte evitando accidentes.

El manejo óptimo de los residuos patogénicos ya sea con separación, recolección, almacenamiento, transporte, tratamiento, recuperación y disposición de los mismos nos lleva a tener los siguientes cuidados:

**Autocuidado.**-Es el compromiso de cada individuo o grupo de trabajo de mantener su integridad mediante la aplicación y cumplimiento de las Normas de Bioseguridad en el proceso del trabajo.

**Descontaminaron.**-A través de inactivación de gérmenes mediante el uso de agentes físicos y/o químicos para protección de los operativos.

**Lavado.**-Técnica sencilla y económica que previene gran parte de infecciones nosocomiales aún relacionadas con el manejo de los residuos.

**Esterilización.**-Destrucción de todo tipo de microorganismos incluyendo las esporas.

#### **PRECAUCIONES UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD**

- 1.-Evitar accidentes por distracción .
- 2.-Marcar adecuadamente todo desecho contaminado.
- 3.-Utilizar con tenedores de plástico rígidos para desechar las agujas y hojas de bisturí .
- 4.-recordar que todo paciente se considera potencialmente infectado.



## **A. NORMAS DE BIOSEGURIDAD.DIRECTIVA N° 12 GG-EsSalud-**

**2001**

### **“NORMAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD EN ESSALUD”**

#### **I. OBJETIVO**

- 1.1. Establecer las Normas Generales de Bioseguridad en la Red Asistencia de Essalud.

#### **II. FINALIDAD**

- 2.1. Uniformizar los criterios técnico-operativos, administrativos y de gestión, orientados a prevenir los riesgos derivados de la atención directa a los usuarios, así como proteger la Salud de los trabajadores de los daños originados por la exposición a los factores de riesgo biológico, en los centros asistenciales de salud de ESSALUD y en la atención extra-hospitalaria, que otorga prestaciones de Salud.
- 2.2. Contribuir a disminuir la incidencia de infecciones intrahospitalarias e infecciones de origen ocupacional, en los centros asistenciales de ESSALUD.

#### **III. BASE LEGAL**

1. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (Essalud) y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR.
2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado por D.S. N° 009-97-SA y modificatoria.
3. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
4. Ley N° 26454 Ley que declaró de orden público la obtención, donación, transfusión y suministro de sangre humana, Creación del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre.
5. Ley N° 27314 Ley General de Residuos Sólidos.

6. Decreto Supremo N° 003-98-SA. Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
7. Resolución de Gerencia General N° 1070-GG-EsSalud-2000 que aprueba las Normas para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión en el Seguro Social de Salud.
8. Resolución de Gerencia General N° 810-GG-EsSalud-2000 que aprueba la Directiva N° 008-GG-EsSalud-2000 “Normas para el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios en Essalud”.

#### **IV. ALCANCE**

- 4.1. Las Normas Generales de Bioseguridad se aplicarán en todos los Centros Asistenciales de Salud de los Órganos Desconcentrados y en los que otorguen prestaciones preventivo-promocionales, recuperativos, incluyendo las de rehabilitación.

#### **V. RESPONSABILIDAD**

- 5.1. La Gerencia Central de Salud es responsable de la actualización y supervisión de la presente norma, incluyendo los documentos técnicos sustentatorios.
- 5.2. Los Gerentes de Redes Asistenciales y Gerentes Departamentales, son responsables de la implantación, difusión, cumplimiento y supervisión de la presente norma.
- 5.3. Los Directores, Jefes de Departamentos, Jefes de Servicios de los centros asistenciales de salud, son responsables de cumplir, y hacer cumplir la presente norma.
- 5.4. Los Trabajadores de ESSALUD, son responsables del cumplimiento de la presente norma.

#### **VI. CONCEPTOS DE REFERENCIA**

- 6.1. **Antiséptico:** Es una sustancia química que mata o inhibe el crecimiento de los microorganismos y es suficientemente no tóxica como para aplicarlo sobre la piel y mucosas.

- 6.2. **Área de Alto Riesgo.**- Zona o Espacio del Centro Asistencial de Salud en donde por la naturaleza de sus actividades, y procedimientos en la atención directa al usuario y manipulación de materiales, insumos y otros potencialmente contaminados con fluidos corporales, existe un mayor riesgo de adquirir infecciones en usuarios y trabajadores.
- 6.3. **Aséptico:** Es un estado caracterizado por la falta de microorganismos patógenos.
- 6.4. **Bioseguridad.**- Conjunto de normas, comportamientos y procedimientos orientados a impedir la contaminación por microorganismos hacia el personal de salud o hacia el usuario.
- 6.5. **Contención Primaria:** Protección del personal y del ambiente de trabajo mediante la utilización de práctica de seguros y el uso de equipos de seguridad apropiados.
- 6.6. **Contención Secundaria:** Protección del ambiente exterior a áreas de alto riesgo de la exposición a materiales infecciosos mediante el diseño de las instalaciones y los hábitos de trabajo seguros.
- 6.7. **Descontaminación:** Tratamiento químico aplicado a objetos que tuvieron contacto con sangre o fluido corporales, con el fin de inactivar microorganismos.
- 6.8. **Desinfección:** Eliminación de la mayoría de agentes patógenos con excepción de esporas bacterianas a través del uso de productos químicos o pasteurización húmeda.
- 6.9. **Desinfectante:** Es un agente que mata a la mayor parte de los microorganismos (pero no necesariamente sus esporas).
- 6.10. **Desinfección de alto nivel:** Es el procedimiento de descontaminación que inactiva a bacilos de tuberculosis, virus y hongos con excepción de esporas.
- 6.11. **Desinfección de nivel intermedio:** Es el procedimiento de descontaminación que inactiva al *Mycobacterium tuberculosis*,

bacteria vegetativa, mayoría de los virus, hongos, pero no las esporas bacterianas.

- 6.12. **Desinfección de bajo nivel:** Es el procedimiento de descontaminación que puede destruir la mayoría de bacterias, algunos virus y algunos hongos. No es confiable para microorganismos resistentes como bacilos de tuberculosis o esporas bacterianas.
- 6.13. **Equipo de Protección Personal.-** Equipos de uso personal que tienen como finalidad proteger al trabajador del contacto o exposición a los factores de riesgo durante la atención directa al usuario y al manipular material, insumos y otros potencialmente contaminados.
- 6.14. **Estéril:** Objeto sustancia o solución exento de vida de cualquier clase.
- 6.15. **Esterilización:** Conjunto de operaciones destinadas a la destrucción total de todas las formas de vida microbiana, virus y priones a través de procesos físicos o químicos.
- 6.16. **Esterilizante Químico:** Agente químico que destruye todas las formas de vida microbiana, virus y priones.
- 6.17. **Factores de Riesgo Biológico.-** Es la condición, característica del trabajador y ambiente de trabajo del centro asistencial de salud, que puede contribuir a provocar un contacto con microorganismos que pueden origina infecciones en usuarios y trabajadores.
- 6.18. **Limpieza.-** Procedimiento de remoción mecánica de la materia orgánica y residuos, en el ambiente, superficies y objetos, utilizando agua y detergentes, por el cual se reduce la cantidad de microorganismos presentes. La limpieza a los procedimientos de desinfección y esterilización.
- 6.19. **Residuos Sólidos Hospitalarios.-** Son todos aquellos materiales de deshecho generados durante el proceso de atención al usuario.

- 6.20. **Riesgo.**- Es la probabilidad de que ocurra un suceso (Accidente) de la que se deriva una consecuencia negativa (daño).
- 6.21. **Procedimiento de alto riesgo:** Es el procedimiento en la atención directa al usuario y manipulación de materiales, insumos y otros potencialmente contaminados con fluidos corporales, en el que existe un mayor riesgo de adquirir infecciones en usuarios y trabajadores.

## **VII. DISPOSICIONES**

### **7.1. DE LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR**

- 7.1.1. La presente Norma será de conocimiento obligatorio de todo el personal de la Red Asistencial de ESSALUD, y se cumplirán en todo los procesos de atención a los usuarios, para la protección de los mismos y de los trabajadores, así como el medio ambiente.
- 7.1.2. El usuario deberá ser considerado como potencialmente infectado por patógenos sanguíneos con el fin de orientar las acciones de prevención de riesgos.
- 7.1.3. Todos los trabajadores de los centros asistenciales de salud, deberán lavarse las manos antes y después de tener contacto con el usuario, sangre, secreciones y líquidos corporales. (Anexo N° 3)
- 7.1.4. Usar guantes siempre que existía la posibilidad de tener contacto con fluidos orgánicos (sangre y derivados, semen, fluido vaginal, secreción purulenta y líquido amniótico). El personal expuesto deberá contar con guantes en calidad suficiente para evitar el contacto sin protección (Anexo N° 4)
- 7.1.5. Usar bata o delantales impermeables cuando exista la posibilidad de contaminar la ropa.
- 7.1.6. No se realizará la atención de usuarios, ni la manipulación de material y muestras sin ropa protectora. (Anexo N° 4)
- 7.1.7. La ropa quirúrgica no permanecerá por más de 12 horas luego de ser utilizada en el ambiente de trabajo.

- 7.1.8. Usar máscara o lentes protectores cuando exista la posibilidad de recibir salpicaduras. Toda salpicadura en mucosa con material potencialmente contaminado en mucosas, será informado al jefe de servicio, registrándose el evento según disposiciones institucionales. (Anexo N° 4).
- 7.1.9. Todo material o equipo usado en procedimiento invasivos deberá ser estéril. (Anexo N° 2).
- 7.1.10. En todo procedimiento invasivo es obligatorio el uso de barreras protectoras, así como el lavado de manos previo y posterior a uso de guantes. El profesional que realice estos procedimientos deberá poseer experiencia de manejo de las técnicas según protocolo establecido. (Anexo N° 2).
- 7.1.11. Todo centro asistencial de salud, deberá elaborar un Plan de Control de Riesgos de Infecciones Intrahospitalarias e Infecciones de origen ocupacional.
- 7.1.12. Desechar las agujas u otros objetos punzo-cortantes en recipientes cerrados, rígidos, rotulados, no perforables, según la Norma de Manejo de Residuos Hospitalarios.
- 7.1.13. Nunca recolocar el capuchón protector de las agujas luego de utilizada. Toda punción accidental en el personal, con agujas u otros objetos punzocortantes, será considerada accidente de trabajo y registrado según las disposiciones institucionales.
- 7.1.14. Después de limpiar cuidadosa y minuciosamente el instrumental, desinfectarlo o esterilizarlo. Todo instrumental reutilizable en procedimientos invasivos, deberá contar con procedimientos y protocolos específicos de limpieza y descontaminación.
- 7.1.15. Toda área o superficies potenciales contaminado será informado al jefe del área o servicio, y el área donde se produjo, el

derrame será limpiado y secado con toallas absorbentes, lavado con detergente y desinfectado con hipoclorito de sodio al 1%.

7.1.16. El derrame de material potencialmente contaminado será informado al jefe del área o servicio, y el área donde se produjo, el derrame será limpiado y secado con toallas absorbentes, lavado con detergente y desinfectado con hipoclorito de sodio al 1%. Las áreas y servicios de alto riesgo contará con procedimientos y protocolos específicos de limpieza y descontaminación de superficies utilizadas en el trabajo.

7.1.17. Identificar y clasificar el equipo, material probablemente contaminado para ser desinfectados, transportados, esterilizados o destruidos según sea el caso.

7.1.18. Los materiales de deshecho provenientes de las cabinas de flujo laminar deben ser incinerados previa neutralización.

7.1.19. Clasificar ropa probablemente contaminada para su respectivo tratamiento.

7.1.20. Colocar y transportar la ropa contaminada en bolsas impermeables para prevenir el derrame de líquidos. No se utilizará bolsas de tela en el transporte de ropa contaminada.

7.1.21. Manipular todos los líquidos, fluidos y tejidos humanos como posiblemente contaminados.

7.1.22. El material biológico deben, ser autoclavado, antes de ser transportados al almacenamiento final para su posterior tratamiento.

7.1.23. Por ningún motivo el trabajador tomará alimentos en áreas y servicios de alto riesgo.

7.1.24. En los ambientes donde se realiza la atención de pacientes hospitalizados con enfermedades agudas digestivas transmisibles, deberá existir un lavatorio con llave de codo y otros, papel toalla y jabón líquido.

## **7.2. DE LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL POR VIA RESPIRATORIA**

- 7.2.1. Se adoptarán medidas para disminuir la exposición ocupacional por transmisión por vía aérea y microgotas, en la atención a usuarios con el Diagnóstico de Tuberculosis, bajo sospecha o confirmado.
- 7.2.2. Situar a las personas con enfermedades infecciosas con agentes aeropatógenos en habitaciones individuales, con ventilación indirecta e iluminación con luz natural.
- 7.2.3. En la atención de pacientes en los ambientes de aislados se usará equipo de protección respiratorio de acuerdo al nivel de riesgo del procedimiento.
- 7.2.4. La limpieza del piso, muebles y paredes se realizará con trapo humedecido en soluciones desinfectantes.
- 7.2.5. Las visitas serán restringidas.
- 7.2.6. El tendido de cama será con la técnica del enrollado de la ropa.

## **7.3. DE LOS PROCEDIMIENTOS DE RIESGO**

- 7.3.1. En todo procedimiento de riesgo se seguirá las precauciones para el manejo de productos biológicos. (Anexo N° 5).
- 7.3.2. Todo material usado en procedimientos de tracto respiratorio deberá ser estéril y de un solo uso.
- 7.3.3. Todo material usado en la administración de oxígeno debe ser individual y estéril. Los reservorios (humidificador de oxígeno) deberán ser estériles u cambiarse en un periodo no mayor de 24 horas. El líquido de los reservorios debe ser estéril y su excedente de 24 horas deberá ser eliminado.
- 7.3.4. Todo circuito externo de ventiloterapia que ha usado deberá ser esterilizado o en su defecto desinfectado en alto nivel.



- 7.3.5. Todo centro asistencial de salud que realice procedimientos con equipo fibra-óptica deberá contar con el equipamiento, infraestructura, material e insumos necesarios para el procedimiento en sí, incluyendo los de desinfección y esterilización.
- 7.3.6. Todo equipo fibra-óptica a usarse en la vía digestiva deberá ser eliminado y desinfectado en alto nivel o esterilización, siempre antes del inicio del trabajo, entre los diferentes usuarios y al final de cada sesión de trabajo.
- 7.3.7. En todo procedimiento que involucra el uso de fibra óptica se deberán cumplir estrictamente los tiempos requeridos para los proceso de desinfección de alto nivel de acuerdo a protocolo.
- 7.3.8. El sistema formado por el catéter urinario y colector, siempre se deben mantener permeables y en circuito cerrado. La bolsa colectora de orina deberá contar con válvula antirreflujo.
- 7.3.9. El tiempo de permanencia del sistema formado por el catéter urinario y colector deberá ser el mínimo necesario, previniendo complicaciones.
- 7.3.10. Se procederá al uso de la técnica aséptica en todos los procedimientos de curación de heridas y cirugía.
- 7.3.11. En todo procedimiento odontológico se deberá utilizar equipos y barreras protectoras ocular y aérea. Todo material usado en la atención odontológica deberá ser estéril.
- 7.3.12. La eliminación de desechos odontológicos y la descontaminación de las superficies de trabajo se realizará de acuerdo a las normas de manejo de residuos hospitalarios.
- 7.3.13. Todos los trabajadores de las áreas y servicios de alto riesgo, deberán contar con tres dosis de vacuna anti-Hepatitis Viral B, y evaluados en los títulos de anticuerpos, debiéndose encontrar en el rango permisible.

- 7.3.14. Los procedimientos que se realicen en el Banco de Sangre, deben estar ceñidos a la Ley del Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangre.
- 7.3.15. Los Jefes de laboratorio deben asignar y asegurar las medidas de control de agentes microbiológicos, que permitan la contención primaria y secundaria del personal y del medio ambiente.
- 7.3.16. Todo trabajador de las áreas y servicios de alto riesgo debe conocer y aplicar las normas y procedimientos de prevención de riesgos biológicos.
- 7.3.17. Toda muestra debe ser considerada potencialmente infectada. Para el transporte de muestras, deberán ser colocadas en contenedores cerrados. Todo trabajador es responsable de salvaguardar la integridad de la muestra biológica con la que trabaja.
- 7.3.18. El personal del servicio de emergencia debe usar en forma permanente las barreras establecidas.
- 7.3.19. Todo personal de salud que brinde atención de emergencia fuera del ambiente hospitalario, debe cumplir con la presente Norma.
- 7.3.20. Durante la atención de partos, el personal de salud debe protegerse con bata impermeable, guantes, anteojos protectores y mascarillas, durante todos los procedimientos.
- 7.3.21. En el caso de una transgresión de la presente norma por situación de emergencia, que pueda comprometer la vida del usuario, una vez controlada la emergencia, se debe corregir la situación de riesgo para el usuario y/o el trabajador.

#### **7.4. DE LAS ÁREAS Y SERVICIOS DE ALTO RIESGO**

- 7.4.1. Toda área y servicio de alto riesgo deberá contar con un manual de bioseguridad, con procedimientos estándar accesibles y distribuidos a cada trabajador en su zona de trabajo.
- 7.4.2. Todos los ambientes de alto riesgo deberán contar con lavatorios con llave de codo, otros accesorios y jabón.

- 7.4.3. En todas las áreas y servicios considerados como de alto riesgo, las puertas de acceso principal, incubadoras y puertas de refrigeradoras, deben contar en lugar visible, el símbolo de seguridad de “presencia de factor de riesgo biológico”. (Anexo N° 1 y 2).
- 7.4.4. Las puertas de las áreas y servicios de alto riesgo permanecerán cerradas.
- 7.4.5. El personal de estas áreas y servicios, no se movilizará a otras áreas usando los equipos de protección personal.
- 7.4.6. Todo trabajador de estas áreas y servicios deberá contar con armarios par guardar ropa de calle. No se guardará la ropa protectora en los mismos armarios.
- 7.4.7. Está restringido el ingreso de niños y personas no autorizadas a áreas y servicios de alto riesgo.
- 7.4.8. Todos los trabajadores de áreas y servicios de alto riesgo, deberán contar con un programa de vigilancia de la salud de los trabajadores de la Gerencia Departamental, que incluya una evaluación médica periódica de acuerdo al agente microbiológico de riesgo, de una periodicidad no mayor a un año.
- 7.4.9. Todos los trabajadores de áreas y servicios de alto riesgo serán capacitados regularmente en aspectos de prevención de riesgos hospitalarios y bioseguridad.

## **7.5. DE LOS PROCESOS DE DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN**

- 7.5.1. La central de esterilización es responsable de la centralización y supervisión de todos los procesos de esterilización y de sus diferentes etapas en los servicios.
- 7.5.2. Los procesos de esterilización de laboratorio se realizarán en los respectivos servicios.
- 7.5.3. Todo el instrumental y artículos de uso clínico, quirúrgico y de laboratorio del hospital debe estar clasificado de acuerdo al riesgo de Infecciones intrahospitalarias que conlleva su uso, definiéndose el

nivel de garantía de calidad del proceso que requiera seguir: esterilización-desinfección(Alto nivel, Nivel Intermedio, Bajo Nivel)-Limpieza.

- 7.5.4. Todo material de uso personal deberá ser colocado adecuadamente en armarios, los cuales deberán contar con compartimentos dobles.
- 7.5.5. Las autoridades del centro asistencial de salud deben determinar y normar los métodos de esterilización, y desinfección apropiadas para sus necesidades según su nivel de complejidad, los mismos que deben contar con manuales de procesos y un sistema de supervisión programada.
- 7.5.6. Los centros asistenciales de salud deben contar con normas escritas con relación al vencimiento el material esterilizado de acuerdo a: calidad del empaque, condiciones internas de almacenamiento, condiciones de transporte, y prácticas de manipulación de los productos estériles.
- 7.5.7. El personal que labora en la central de esterilización deberá contar con capacitación específica en estos materiales, así como con los equipos de protección personal adecuados según el proceso de esterilización.

#### **7.6. DE LA IMPLANTACIÓN DE PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES.**

- 7.6.1. El Director de la CAS aplicará un programa de salud del personal que incluya las condiciones de salud para el trabajo, y adecuación a los límites máximos de exposición a sustancias tóxicas utilizadas en los procesos de las áreas y servicios de alto riesgo, incluyendo los de desinfección y esterilización.
- 7.6.2. Todos los centros asistenciales de salud deberá contar con Programa de Vigilancia de la Salud del trabajador, incluyendo la vigilancia de la exposición ocupacional a riesgos biológicos, así como un sistema de evaluación de la presencia de tóxicos ambientales. Los exámenes

médicos serán de carácter periódico y de acuerdo a la exposición de riesgos en su puesto de trabajo.

- 7.6.3. Todo centro asistencial de salud deberá contar con un archivo de Historias Clínicas Ocupacionales de sus trabajadores que garantice la confidencialidad de los mismos.
- 7.6.4. El Programa de Vigilancia de la Salud del trabajador, debe incluir la profilaxis pre-exposición y post-exposición anti-HVB, seguimiento de marcadores HVB y HVC, así como prevención de Tuberculosis bajo Protocolo estándar.
- 7.6.5. Todo trabajador que ingresa a laborar en un área o servicio de alto riesgo deberá recibir tres dosis de vacuna anti-HVB en un periodo no mayor a 06 meses.
- 7.6.6. Todo centro asistencial de salud deberá garantizar y supervisar que los terceros que le brindan servicios, cuenten con un programa de vigilancia de la salud del trabajador frente a riesgos biológicos (Trabajadores de limpieza, trabajadores que manipulan alimentos, entre otros.
- 7.6.7. Toda trabajadora gestante que labora en áreas y servicios de alto riesgo será reasignada a un servicio de bajo riesgo, hasta culminar como máximo un periodo de 3 meses post-grado, luego del cual retornará a su ubicación anterior.

## **7.7. LOS PROCEDIMIENTOS DE DESCONTAMINACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS.**

- 7.7.1. Todo equipo biomédico deberá ser descontaminado de acuerdo a las disposiciones técnicas del fabricante.
- 7.7.2. El mantenimiento de los equipos deberá ser realizado por personal capacitado sobre los riesgos en el mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos.
- 7.7.3. Todo trabajador que realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos deberá contar con el equipo de protección personal

adecuado según el proceso de trabajo y estar capacitado sobre los riesgos en el mantenimiento y operación con relación a los riesgos ocupacionales.

- 7.7.4. Los Jefes de Servicio deberán elaborar y cumplir con un Plan de Mantenimiento y Operación de equipos, considerando los riesgos ocupacionales presentes en dichas tareas.
- 7.7.5. El taller de mantenimiento que recepciona los equipos deberá contar con un área especial para tales labores.

#### **7.8. DE LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN CENTROS ASISTENCIALES DE SALUD.**

- 7.8.1. Toda lesión transcutánea ocurrida durante el trabajo y que necesita atención médica de emergencia o urgencia, deberá ser comunicada, registrada y atendida en el servicio de emergencia del Centro Asistencial de Salud; los demás casos de accidentes de trabajo serán atendidos en el consultorio designado por el Director o en la Unidad de Salud Ocupacional Hospitalaria.
- 7.8.2. El Director del Centro Asistencial de Salud designará a un servicio la responsabilidad de administrar la profilaxis post-exposición HVB.
- 7.8.3. Si el trabajador no ha recibido o tiene menos de tres dosis de vacuna anti-HVB. Recibirá de inmediato a la lesión transcutánea una dosis de 20 ug/ml, debiendo completar hasta en un plazo no mayor a 6 meses, tres dosis de vacuna anti-HVB-
- 7.8.4. De existir exposición ocupacional por accidente de trabajo, habiendo sido confirmada la seropositividad HVB, ó HIV del usuario fuente, se seguirá el protocolo aprobado para la profilaxis post-exposición.
- 7.8.5. En la atención de todo accidente de trabajo se seguirá la normativa institucional vigente sobre registro y notificación.

7.8.6. Todo accidente de trabajo notificado, deberá ser investigado por un servicio designado a tal fin por el Director del Centro Asistencial de Salud, para la adopción de medidas de control en sus causas.

7.8.7. Posterior a la investigación del accidente de trabajo, la responsabilidad de las medidas de control es del Jefe de Área o Servicio.

7.8.8. La Gerencia Departamental elaborará un expediente del accidente de trabajo, el cual será evaluado por una Comisión Médica-ad-hoc de nivel departamental ó regional. La Comisión Médica evaluará el diagnóstico, su correspondencia con la lista de accidentes y enfermedades profesionales, así como el agrado de discapacidad asociada.

#### **MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.**

Es el conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal, de los pacientes y de la comunidad; frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos.

#### **ELIMINACIÓN DE DESECHOS**

Los desechos de los establecimientos de Salud son de dos tipos: contaminados y no contaminados.

Desechos contaminados.- Son desechos con grandes cantidades de microorganismos y si nos los eliminan en forma apropiada, son potencialmente infecciosos. Muchos de ellos están contaminados con sangre, pus, orina, heces y otros fluidos corporales.

Desechos no contaminados.- No representan riesgo de infecciones para las personas que los manipulan. Ej. : papeles, cajas, botellas no usadas para muestras, recipientes plásticos, etc.

Así, es. Entonces, debes evitar que se formen montones de desechos abiertos porque representan riesgos de infección, peligro de incendio, producen malos olores, son desagradables a la vista y sirven como criadero de insectos (moscas, cucarachas).

Los desechos no contaminados deben ser manejados como cualquier desecho común, se recogerán en recipientes distintos a los contaminados. Los desechos contaminados, de no ser posible la incineración, debes tratarlos y luego enterrarlos para evitar su dispersión.

#### **A. ELIMINACIÓN DE OBJETOS AFILADOS.**

Para hacerlo adecuadamente, toma en cuenta los siguientes pasos:

PASO 1: Usa guantes gruesos.

PASO 2: Coloca con pinza todos los artículos afilados en un recipiente resistente a pinchazos o cortaduras y rotúlalo indicando lo que contiene; estos recipientes puedes fabricarlo con objetos que se encuentren fácilmente, tales como una lata con tapa o una botella de plástico fuerte que contenga solución de cloro al 1% que cubra todo el material y que debes renovar cada día.

PASO 3: Cuando las tres cuartas partes del recipiente para artículos “afilado” estén ocupados, elimina la solución diluyéndola previamente, ciérralo herméticamente con la tapa y cinta adhesiva y entiérralo, si no es posible su incineración adecuada.

#### **¿CÓMO DESCARTAR AGUJAS Y JERINGAS UTILIZADAS?**

- El recipiente que utilices contendrá una solución de lejía al 1% (1 parte de lejía más 9 partes de agua) preparada el mismo día, en cantidad suficiente para que cubra las agujas y jeringas.
- Tira las agujas y jeringas de frente al recipiente rotulado como “altamente contaminante”.
- Dejar remojar durante 30 minutos, bota la solución de lejía; sella el recipiente y entiérralo si no cuentas con un incinerador apropiado.



## **B. PARA MANIPULAR DESECHOS CONTAMINADOS.**

- Usa guantes de trabajo fuertes y ropa adecuada.
- Usa recipientes lavables y resistentes a la corrosión, cubierta o tapa (plásticos o metal galvanizado).
- Coloca una bolsa de plástico dentro. Cuando el contenido llegue a las  $\frac{3}{4}$  partes, cierra la bolsa, sácala del recipiente, colócala dentro de otra bolsa y rotúlala como “contaminado”.
- Cuida que los recipientes para desechos se encuentre en lugares convenientes para los usuarios (transportarlos incrementa el riesgo de infección para quienes lo hacen).
- Nunca uses para otro fin el equipo utilizado para contener y transportar desechos. Los recipientes de desechos contaminados deben ser rotulados.
- Lava todos los recipientes con una solución limpiadora desinfectante como solución de lejía al 0.5% y enjuágalo después.
- Utiliza recipientes diferentes para los desechos que van a ser incinerados como papel, cartón y los desechos contaminados tales como gasa y vendajes usados. Evitarás tener que manipular y separarlo a mano.
- Recuerda: lávate las manos después de la manipulación

## **C. CUANDO TENGAS QUE ELIMINAR DESECHOS LÍQUIDOS CONTAMINADOS: (sangre, orina y otros fluidos corporales).**

- Usa guantes gruesos para la manipulación y transporte
- Trátalo con solución del hipoclorito por 20 a 30 minutos
- Viértalos con cuidado por el drenaje de un fregadero de servicio o en un inodoro al que se le pueda pasar agua, también puedes vaciarlo en una letrina, evitando las salpicaduras.

#### **D. CUANDO TENGAS QUE ELIMINAR RECIPIENTES DE PRODUCTOS QUÍMICOS USADOS.**

- Si son de vidrio, enjuágalos en forma concienzuda con agua, luego lávalos con detergentes común, enjuágalos nuevamente y puedes reutilizarlos
- Si son de plástico y han contenido sustancias tóxicas, como glutaraldehído, enjuágalos tres veces con agua y entiérralos, agujereándolos previamente.

#### **E. PARA DESCARTAR ENVASES PLÁSTICOS PARA ESPUTO**

\* Tráталos añadiendo fenol al 5% por 30` antes de eliminarlos.

#### **LAVADO DE MANOS**

El lavado de manos es la medida básica más importante y a la vez más simple para prevenir la infecciones intrahospitalarias. Todos los miembros del equipo de trabajo deben incorporar este procedimiento a su ritmo de trabajo, . Debe existir supervisión constante y refuerzo periódico de este procedimiento por medio de programas de educación continua.

#### **OBJETIVOS**

1. -Eliminar la flora microbiana transitoria y disminuir la flora microbiana normal de al piel
2. -Prevenir diseminación de microorganismo por vía mano-portada

#### **TIPOS DE LAVADO DE MANOS**

El lavado de manos depende de al calidad del contacto que se tendrá con el paciente. Para estos efectos es posible definir tres tipos de lavado de las manos. Para diferenciar se llaman operacionalmente social, clínicos y quirúrgicos.

#### **SOCIAL**

Es el que realiza en todo lugar común.

**CLINICO:**Es el que se realiza antes y después de la atención de cada paciente.

**QUIRÚRGICO:**

Es el que realiza antes de un procedimiento que involucra manipular material estéril que penetre en los tejidos, sistemas vasculares o cavidades normalmente estériles.

**CONSIDERACIONES:**

- 1 El personal debe usar las uñas cortas, limpias y sin esmalte
- 2 Antes del lavado deben retirar todas las joyas de las manos
- 3 Las mangas deben estar sobre el codo y no usar chalecos.
- 4 El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.
- 5 Las áreas de las manos donde se encuentre mayor numero de microorganismo son entre los dedos y bajo las uñas.
- 6 Las manos partidas o agrietadas favorecen la colonización con flora microbiana transitoria. El uso de lociones o cremas permiten restablecer las condiciones de acidez y humedad de la piel y ayuda a evitar la aparición de grietas en las manos producto del excesivo numero de lavados. Se recomienda su uso al final de la jornada. En caso de lesiones cutáneas o manos agrietadas, el lavado de manos no cumplirá su objeto, por lo tanto, el personal debe abstenerse de la atención directa de paciente hasta el restablecimiento de la piel.
- 7 El lavado de manos clínico es el más frecuente en la práctica de los procedimientos de aislamiento. Se realiza:  
Antes de:
  - Empezar la jornada de trabajo.
  - Manejar material especial
  - Atender a cada paciente
  - ComerDespués de:

- Atender cada paciente
- Manejar material contaminado
- Finalizar la jornada de trabajo
- Después de ir al baño, toser, estimular, limpiarse la nariz.

8 Duración del lavado de manos clínico de 15 a 30 segundos inmediatamente antes de atender a un paciente y entre pacientes

### **PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR LAVADO CLÍNICO DE MANOS**

- ✓ Subir las mangas de la ropa hasta el codo y retirar las joyas
- ✓ Adoptar una posición cómoda frente al lavamanos.
- ✓ Abrir la llave del agua y dejar corriendo. Mojar las manos.
- ✓ Jabonarse las manos y muñecas
- ✓ Friccionar las manos para obtener espuma especialmente entre los dedos.
- ✓ Enjuagar con agua corriente.
- ✓ Secar primero las manos y después antebrazos con la toalla individual.
  - Cerrar la llave del agua con los codos o rodillas según las características del lavamanos. Solo usar la toalla para cerrar la llave si el lavamanos es de tipo doméstico.

**Desechar la toalla** En el caso de no usar jabón antiséptico, aplicar antiséptico antes de realizar un procedimiento invasivo independiente del uso de guantes o después de manipular material contaminado.

- Lavarse las manos es el único procedimiento más importante para prevenir las infecciones nosocomiales adquiridas.
- Solo con el contacto de las secreciones corporales, las manos de los trabajadores de salud pueden transportar bacterias, virus y hongos con los que pueden potencialmente infectarse ellos mismos y a otros.

- Se recomienda el lavado de manos cuando hay contacto intenso y prolongado con cualquier paciente.
- Se necesita el lavado de manos antes y después de cada procedimiento .

## **LOS EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL**

### **1 USO DE GUANTES**

- a) Se utiliza guantes cuando exista de entrar en contacto con sangre u otros fluidos corporales, membranas mucosa y soluciones de continuidad de al piel de todo paciente.
- b) Se utiliza guantes cuando se realice venipuncturas u otros procedimientos con acceso vascular.
- c) Antes de colocarse los guantes.
  - Se tendrán las uñas bien cortadas
  - Se retiraran las uñas acrílicas y objetos tales como anillos, pulseras y relojes.
  - Se lavaran y secaran completamente las manos
  - No se aplicara lociones o cremas en las manos

### **2 USO DE MASCARILLAS**

- a) Las mascarilla cubrirla la boca y la nariz
- b) Se utiliza mascarillas con visor cuando exista la posibilidad salpicadura de fluidos y/o secreciones potenciales contaminada.

Las características mismas de una mascarilla son:

- Peso ligero
- Contar con una capa interna hipoalérgica y absorbente, una capa externa.

Al dañarse las mascarillas serán cambiadas y bacterias y una capa externa.

- c) Los cartuchos particulares de los respiradores se cambiaran siguiendo las especificas técnicas para cada tipo de respirador

### **3 USO DE ANTEOJOS**

- a) Se usan cuando exista el riesgo de contacto con fluidez, secreciones o partículas al realizar un procedimiento (traumatología, atención de partos, procedimientos inversivos, dentales y otros).
- b) Los anteojos se colocan después de al mascarilla y gorra.

### **4 USO DE GORRROS**

Se usa especialmente para evitar que el cabello caiga en el área estéril y lo contamine.

- a) Se coloca antes de calzarse los guantes y ponerse la mascarilla.
- b) El gorro contara con una reborde elástico y cubriré suficiente todo el cabello y ambos pabellones auriculares.

### **5 USO DE BOTAS.**

- a) Se utiliza para evitar la contaminación del área donde se realiza el procedimiento y para proteger al trabajador de al contaminación
- b) Se colocan antes de al gorra, mascarilla y guantes.
- c) Son de uso obligatorio en áreas rígidas.

### **6 USO DE AMNDILONES**

- a) Se usaran en todo procedimiento que implique exposición del trabajador a material biocontaminado.
- b) Se utiliza en todas áreas de hospitalización
- c) Los miembros serán impermeables al agua

### **7 USO DE VESTIMENTAS ESPECIALES**

a) En las áreas críticas como Emergencias, Centro Quirúrgico, UCI, UVI, y UCIN se usará pantalón, chaqueta amplia con bolsillos y zapatillas o zapatos antideslizantes

b) El personal de áreas no se desplazará por otras áreas hospitalarias con la vestimenta de aislamiento.

c) El personal asistencial contará con casilleros diferenciados para no contaminar su ropa de calle.

d) El personal contará con uniformes acordes con la actividad que realiza, que le permita desplazamientos y movimientos de extensión y flexión, y de ajuste anatómico que favorezcan la presentación personal

e) El uniforme de servicio será de uso exclusivo intrahospitalario, no se empleará en la calle o transporte público

Todo lo antes mencionado es parte de la directiva pero para mayor información tenemos:

## **H. HIPOTESIS.**

Esta investigación es de tipo descriptivo por lo que carece de hipótesis central, pero como estudio descriptivo me he planteado las siguientes hipótesis:

- a) El nivel de conocimiento de las normas de bioseguridad del personal profesional de enfermería es alto comparado con el del personal no profesional de enfermería que es moderado.
- b) El personal profesional y no profesional aplican incorrectamente las medidas de bioseguridad.

## **I. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.**

1.- Norma. Es la reglamentación de los procedimientos con el fin de simplificar y/o reducir los daños y utilización de los mismos.

2.- Normas de bioseguridad, conjunto de procedimientos de bioseguridad para unificar criterios técnico-operativos, administrativos y de gestión, orientados a prevenir los riesgos derivados de la atención directa a los

usuarios, así como proteger la Salud de los trabajadores de los daños originados por la exposición a los factores de riesgo biológico, en los centros asistenciales de salud

4.- Nivel de conocimientos de normas de bioseguridad.-Es el proceso de aprendizaje a través del cual el profesional y no profesional de enfermería adquiere conceptos teóricos sobre normas de bioseguridad.

5.- Nivel de aplicación normas de bioseguridad. Es la forma práctica de la aplicación de las normas de bioseguridad en todos los procedimientos que realiza el profesional y no profesional de enfermería.

6.- Personal profesional de enfermería. Es el licenciado en enfermería hombre o mujer con formación universitaria de cinco años, con registro en el Colegio de Enfermeros del Perú.

7.- Personal no profesional de enfermería Es el técnico de enfermería que tiene una formación de tres años de estudios en Institutos Superiores.



## J. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Nivel de conocimientos y aplicación de normas de bioseguridad	Conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario y vulgar. Que estos se hacen mas duraderas y valederas por su aplicación práctica de un conjunto de normas, comportamientos y procedimientos de bioseguridad orientados a impedir la contaminación por microorganismos	<p>Lavado de manos</p> <p>Uso de Barreras protectoras</p> <p>Manejo y eliminación de material corto punzante</p> <p>Manejo y eliminación de residuos.</p>	<p>Procedimiento</p> <p>Técnica de lavado</p> <p>Frecuencia</p> <p>Indicaciones</p> <p>Uso de mascarillas.</p> <p>Uso de mandilones</p> <p>Uso de guantes</p> <p>Uso de depósitos aptos para material punzo cortante.</p> <p>Clasificación de residuos</p> <p>Rojo-contaminado</p> <p>Amarillo –material con riesgo</p> <p>Verde.-residuo normal.</p>	<p>Conjunto de ideas, conceptos, enunciados que el profesional y no profesional de enfermería adquiere y práctica a través de las normas de bioseguridad, en todos los procedimientos que realiza durante la atención al paciente en los diferentes servicios de Hospital Uldarico Rocca F. Los que serán evaluados a través de un cuestionario estructurado, y medidos en alto, moderado y bajo. Y la aplicación de estos conocimientos teóricos mediante la guía de observación. Con la medida en aplica correctamente, aplica incorrectamente</p>

## **CAPITULO II**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO**

El presente trabajo de investigación se encuentra inmerso dentro de la investigación clásica cuantitativa, de nivel aplicativo.

Es un estudio descriptivo de observación porque no se manipula el fenómeno, sólo se observa, describe y miden la variable de investigación.

#### **B. DESCRIPCIÓN DEL AREA O SEDE DE ESTUDIO**

El área de estudio fué el Hospital Uldarico Rocca Fernández Essalud de Villa Salvador Nivel I, el cual cuenta con los siguientes servicios: medicina, cirugía, pediatría, neonatología, emergencia, centro quirúrgico, central de esterilización y consulta externa.

El servicio de enfermería cuenta con 54 licenciadas en Enfermería y 59 técnicos de Enfermería los cuales trabajan en turnos rotativos para cubrir las 24 horas del día.

Como es un hospital creado hace sólo cinco años cuenta con una construcción moderna y muy bien equipada llegando incluso a solucionar casos de II nivel esto porque su capacidad de resolución se presta a ello.

El hospital cuenta con un total de 250 trabajadores entre profesionales técnicos, administrativos, personal de servicio y seguridad.

Las especialidades que se ofrece son: medicina interna, medicina general, cirugía, traumatología, oftalmología, urología, ginecología, pediatría, patología anestesióloga así como también: odontología, farmacia psicología, obstetricia, nutrición, servicio social.

### **C. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población objeto de estudio corresponde a la totalidad del personal de enfermería que laboran en el Hospital Uldarico Rocca Fernández -del Distrito de Villa el Salvador. De las cuales 54 son enfermeras y 59 son técnicos de enfermería.

Los criterios de inclusión:

Todos los enfermeros del Hospital Uldarico Rocca Fernández que se encuentra laborando.

Todos los técnicos de enfermería que se encuentren laborando.

Que deseen participar voluntariamente.

Los criterios de exclusión:

Todo el personal de enfermería que se encuentre con descanso médico.

Todo el personal de enfermería se encuentre con licencia..

Todo el personal de enfermería que se encuentre de vacaciones.

El cálculo de la muestra se realizó teniendo en cuenta el 30% del número de profesionales y de los no profesionales del servicio de enfermería que labora en el Hospital Uldarico Rocca Fernández - Distrito de Villa el Salvador; teniéndose así que 54 son profesionales y 59 no profesionales de enfermería.

La muestra quedó conformada por 17 enfermeras, 19 técnicos de enfermería haciendo un total de 36 personas para efectos de la observación directa porque de lo contrario sería muy difícil la observación al total de la población.

#### **D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Las técnicas utilizadas fueron la encuesta para aplicar el cuestionario y la observación para recoger de fuente directa la aplicación de las normas de Bioseguridad.

Los instrumentos que se requirieron fueron el cuestionario estructurado para recoger datos sobre el nivel de conocimientos que tienen los profesionales y no profesionales de enfermería sobre bioseguridad; que tiene dos partes, la primera incluye incluyen, datos generales y en la segunda se encuentran el cuadro de preguntas con alternativas de respuesta. La calificación de Conocimientos fue como: Alto, moderado, bajo. Y la guía de observación para recoger los datos sobre la aplicación de las normas de bioseguridad por el profesional y no profesional de enfermería a través de observaciones directas en turnos de mañana por ser el turno de mayor movimiento asistencial, se realizaron hasta 4 observaciones por persona. La calificación fue como: Aplica correctamente, aplica incorrectamente.

#### **E . VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS**

El Instrumento de estudio fue validado por 8 expertos los cuales tenían experiencia en trabajos antes realizados.(anexo N°8), mediante la prueba

binomial teniendo común resultado:  $P = 0.004$  donde la concordancia del instrumento es significativo.

## **F. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se tramitó la autorización o permiso del director del hospital Uldarico Rocca Fernández, al quien se le envió una carta de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Post Grado en Enfermería, y se realizaron las coordinaciones con la jefatura de Enfermería para la ejecución de la investigación. Es bueno mencionar el total apoyo que se recibió tanto de la dirección del hospital como de la jefatura de enfermería del Hospital Uldarico Rocca Fernández durante toda la etapa que desarrollo el estudio.

a. **Tiempo de recojo**, se realizó durante el primer trimestre del 2006 con mayor incidencia en el mes de enero y febrero..

b. **Proceso**, seguidos durante el estudio.

- Se diseño el cuestionario y guía de observación y se evaluó a un grupo de trabajadores 15, como prueba piloto para los ajustes necesarios.
- El cuestionario se aplicó en la reunión mensual que se realiza en el servicio de enfermería en fechas separadas, el primer día para las profesionales y el segundo día para las no profesionales.
- La observación se realizó en los turnos de mañana de 8 a.m. a 1pm pues a estas horas hay mayor movimiento, la observación directa se realizó como mínimo tres veces por persona durante dos meses turnos en los cuales tuve que permanecer en los diferentes servicios como

parte de la visita, lo que permitió tener un conocimiento mas concreto de la aplicación de normas de bioseguridad tanto a nivel profesional como no profesional .

- **Coordinación** interna: con el personal que interviene en el estudio.

## **G. PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS**

a. Codificación de los datos. Se codificó cada dato según lo estableció en el instrumento para cuestionario nivel de conocimiento: alto, moderado y bajo, para la observación se codificó como aplica correctamente, aplica incorrectamente.

b. Clasificación de los datos. Los datos serán clasificados en cuanti y cualitativos con escalas ordinales.

- a) Recuento de los datos. Se tabularon los datos en forma manual. y se verificó con pruebas de chi cuadrado.
- b) Presentación de los datos. Los datos son presentados en tablas estadísticas comparativas de doble entrada.

## **H. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

a. Análisis descriptivo multivariado por que se comparara las variables en juego. Para contrastar la hipótesis descriptivas, análisis aplicando la prueba de Chi cuadrado.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Concluido el procesamiento de los datos se obtuvo que la población está conformada por 17 enfermeras y 19 técnicos en enfermería.

Del total de 17 enfermeras (100%), 13 enfermeras (76.5%) tienen entre 2 a 5 años de servicio y 16 enfermeras (94.1%) son contratadas. En lo que se refiere total de 19 personal técnico en enfermería (100%), 17 (89.5%) tienen de 2 a 5 años de servicio y 17 (89.5%) son contratados.

La presente tabla N° 1 nos muestra el nivel de conocimiento sobre normas de bioseguridad del personal profesional de enfermería del HURF, en la cual se observa que 11 (64.7%) tienen un conocimiento moderado y solo 5 (29.4%) tienen conocimiento alto.

Referente al conocimiento de normas de bioseguridad del personal profesional de enfermería como hemos podido apreciar es moderado 11(64.7%) por otro lado el conocimiento bajo esta presente con 1(5.9%), estos resultados preocupa ya que la salud tanto de los trabajadores como de los usuarios es nuestra razón de ser, el conocimiento de las normas de bioseguridad nos permite prevenir accidentes laborales así como disminuir el riesgo de las infecciones intrahospitalarias.

**TABLA N° 1**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD**

**DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL**

**HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNANDEZ**

**VILLA SALVADOR 2006**

**LIMA – PERU**

<b>Nivel de conocimientos</b>	<b>Personal profesional</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Alto	5	29.4
Moderado	11	64.7
Bajo	1	5.9
<b>TOTAL</b>	17	100.0

FUENTE: Cuestionario

La capacitación y actualización permanente son parte del desarrollo profesional que debe darse mas aun en el servicio de enfermería el cual brinda atención continua durante las 24 horas de allí la importancia que este nivel de conocimiento mejore dada la responsabilidad que tiene el personal profesional de enfermería teniendo en cuenta la calidad de vida y atención que esta brindando.



**TABLA N° 2**

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE SOBRE BIOSEGURIDAD**

**DEL PERSONAL NO PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNANDEZ**

**VILLA SALVADOR 2006**

**LIMA – PERU**

Nivel de conocimientos	Personal No profesional	
	N°	%
Alto	0	0
Moderado	14	73.7
Bajo	5	26.3
<b>TOTAL</b>	19	100.0

FUENTE: Cuestionario

Referente al conocimiento de normas de bioseguridad del personal no profesional de enfermería podemos notar en la Tabla N° 2 que el mayor número tiene conocimiento moderado 14(73.7%) y 5(26.3%) bastante representativo tienen un conocimiento bajo.

En relación al nivel de conocimiento sobre normas de bioseguridad del personal no profesional notamos que tienen un conocimiento moderado 14 (73.7%), de un total de 19(100%), 5(26.3%) tienen conocimiento bajo y ninguna alcanza el conocimiento alto esto es preocupante ya que el personal no profesional tiene mucho que ver con lo que es eliminación de desechos, esterilización y transporte de materiales de manera que al no usar las barreras

protectoras o hacer uso de ellas sin tener en cuenta las normas de bioseguridad simplemente están trabajando con bastante riesgo el cual no se aprecia porque es un hospital de solo 5 años de antigüedad de allí la necesidad de su actualización constante, ya que el trabajo que se desarrolla esta orientado a la prevención de accidentes laborales así como cuidar el aspecto de eficiencia y eficacia de manera que se garantice la atención del usuario en forma permanente a así mismo se vele por la salud de todos los trabajadores.

***TABLA N° 3***

**NIVEL DE APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD  
DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNANDEZ  
VILLA SALVADOR 2006**

**LIMA – PERU**

<b>Nivel de Aplicación</b>	<b>Personal profesional</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Correcta	7	41.2
Incorrecta	10	58.8
<b>TOTAL</b>	17	100.0

**FUENTE:** Guía de Observación

Referente a nivel de aplicación de normas de bioseguridad del personal profesional de enfermería en la Tabla N° 3 se observa que 10(58.8%) aplican

incorrectamente, notamos que es mas del 50% y solo 7(41.2%) aplica correctamente situación que no va en concordancia con el conocimiento.

La aplicación de normas de bioseguridad en un ambiente hospitalario debe hacerse obligatorio porque no basta con saber la teoría y no aplicarla en forma correcta ,el personal profesional de enfermería se esta olvidando la parte preventiva porque si bien es cierto que su conocimiento es moderado contrasta con la aplicación que es incorrecta10 58.8%) de un total de 17 (100%)profesionales de enfermería, tener en cuenta que la aplicación correcta de normas de bioseguridad no solo sirve para prevenir una serie de enfermedades ocupacionales sino también para motivarnos a mejorar nuestra calidad de vida la de los demás.

***TABLA N° 4***

**NIVEL DE APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD  
DEL PERSONAL NO PROFESIONAL DEL HOSPITAL ULDARICO  
ROCCA FERNANDEZ VILLA SALVADOR 2006**

**LIMA – PERU**

<b>Nivel de Aplicación</b>	<b>Personal No profesional</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Correcta	5	26.3
Incorrecta	14	73.7
<b>TOTAL</b>	19	100.0

FUENTE: Guía de observación

Referente a la aplicación de normas de bioseguridad del personal no profesional observamos que 14(73.7%) aplica incorrectamente esto contrasta con el conocimiento no basta con saber la teoría sino practicarla mas aún si esta de por medio la responsabilidad que se tiene cuando se brinda atención en forma constante, la aplicación de las normas de bioseguridad son parte de la responsabilidad del trabajador ya que esta de por medio su salud y la de los demás de allí la importancia de la actualización permanente de acorde con los avances tecnológicos, teniendo en cuenta siempre disminuir los riesgos de infecciones intrahospitalarias o enfermedades ocupacionales.

**TABLA N° 5**  
**CUADRO COMPARATIVO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS**  
**Y APLICACIÓN DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD DEL**  
**PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL**  
**HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNANDEZ**  
**VILLA SALVADOR 2006**  
**LIMA - PERU**

Nivel de conocimientos	Nivel de Aplicación de Normas de Bioseguridad				TOTAL	
	Correcta		Incorrecta			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	5	29.42	0	0	5	29.42
Moderado	2	11.33	9	52.94	11	64.71
Bajo	0	0	1	5.83	1	5.83
TOTAL	7	41.19	10	58.81	17	100.0

FUENTE: Cuestionario y guía de observación

El presente cuadro nos permite apreciar el porcentaje de profesionales que teniendo un alto conocimiento, también aplican correctamente las normas de bioseguridad (29.42%) ,por otro podemos decir que de un total de 11 profesionales con conocimiento moderado solo 2 (11.77) aplican correctamente dichas normas y 9(52.94) aplican incorrectamente lo que es preocupante puesto que no basta con conocer sino aplicar las normas de bioseguridad dada su envergadura pues esta de por medio la salud . Incidimos que bastante necesario la capacitación continúa.

**TABLA N° 6**  
**CUADRO COMPARATIVO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS**  
**Y APLICACIÓN DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD DEL**  
**PERSONAL NO PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL**  
**HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNANDEZ**  
**VILLA SALVADOR 2006**  
**LIMA - PERU**

Nivel de conocimientos	Nivel de Aplicación de Normas de Bioseguridad				TOTAL	
	Correcta		Incorrecta			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	0	0	0	0	0	0
Moderado	5	26.32	9	47.36	14	73.68
Bajo	0	0	5	26.31	5	26.32
TOTAL	5	26.32	14	73.68	19	100.0

FUENTE: cuestionario y observación.

En este cuadro podemos observar que el personal no profesional tiene un alto porcentaje de aplicación incorrecta 14 (73.68%) de normas de bioseguridad a pesar de tener un conocimiento moderado, la aplicación correcta tiene un porcentaje menor 5 (26.32).

Nuevamente incido en que los conocimientos y normas de bioseguridad no son lo suficientemente buenas para evitar infecciones intrahospitalarias y por ende como decía en uno de los propósitos no se puede bajar los costos sino por el contrario se elevan por el constante riesgo con el que se trabaja que como ya dije antes por ser un hospital relativamente joven todavía no se aprecia las consecuencias.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES**

- ◆ El nivel de conocimientos del personal profesional de enfermería del Hospital Uldarico Rocca Fernández es moderado a alto lo que hace que el riesgo de que las infecciones intrahospitalarias y/o accidentes laborales estén presentes exponiendo a todo usuario al que se le brinda atención.
- ◆ El nivel de conocimiento del personal no profesional del Hospital Uldarico Rocca Fernández es moderado situación que aumenta el riesgo de exposición tanto de los mismos trabajadores como de los usuarios.
- ◆ El personal profesional y no profesional del Hospital Uldarico Rocca Fernández si bien tiene una nivel de conocimientos moderado, desconoce los riesgos de no aplicar las normas de bioseguridad ya que se observa altos porcentajes de aplicación incorrecta de las normas de bioseguridad (profesional 58.8% y no profesional 73.7%), por lo tanto es necesario actualización permanente para un adecuado desempeño profesional.

## **B. LIMITACIONES**

- ◆ El tamaño de muestra es pequeña lo que no permite hacer inferencias estadísticas.
- ◆ No se puede hacer generalizaciones puesto que el estudio se realizó en un solo establecimiento.
- ◆ La accesibilidad a los ambientes de trabajo y el tiempo para realizar la observación fue uno de los principales limitantes, especialmente en áreas críticas.
- ◆ La observación requiere de mayor tiempo para realizarlo al 100% de las unidades de muestra.

## **C. RECOMENDACIONES**

- ◆ Desarrollar una estrategia de intervención y educación para elevar el nivel de conocimientos y aplicación de las normas de bioseguridad del personal de enfermería del Hospital Uldarico Rocca F.
- ◆ Ampliar el estudio a nivel de los diferentes establecimientos de salud de manera que se pueda tener una visión mas amplia y podamos realizar generalizaciones a cerca del conocimiento y aplicación de normas de bioseguridad.
- ◆ Establecer como política institucional la práctica de normas de bioseguridad.



- ◆ Contar con un sistema de información o una base de datos sobre bioseguridad.
- ◆ Reforzar las áreas de supervisión y monitoreo para disminuir los errores humanos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) MINSA-**Manual de Infecciones intrahospitalarias y Bioseguridad.**  
“Acción Científica Bioseguridad e Infecciones”. 1998. Pp. 19, 36, 17,  
18.
- (2) CAPARACHIN BARRETO, Felicita y Colaboradores, **Trabajo de Investigación** “ Estudio microbiológico de secreciones residuales post  
retiro de catéter vesical y su relación con otros Factores Clínicos,  
Pacientes Hospitalizados FMS- 1995, Tarma” p. 50.
- (3) ESSALUD. **Directiva sobre normas de Bioseguridad.** “Normas  
Generales de Bioseguridad en EsSalud, 2001” pp. 2, 14.
- (4) MINSA Protocolo **¿Qué son conocimientos, actitudes y prácticas?**  
1º Edición. Lima. OGE-RENACE/VIGIA-Hosp. DT005.200.U. 1 p.28.
- (5) DR SALOMÓN DURAND, Velasco. **Manual de infecciones Hospitalarias y Bioseguridad.** Consultor Académico Ace Científica.  
A.M.C. Perú. p. 9.
- (6) MINSA. **Bioseguridad para Puestos y Centros de salud** Programa  
Salud Básica para todos.1998. pp 9, 10,11.

## BIBLIOGRAFÍA

1. - CASTAÑEDA Carmen y colaboradores. Ministerio de Salud. Programa de Fortalecimiento de Salud. Administración de Residuos Sólidos Hospitalarios “Precauciones Universales”. 1999
2. - DR SALOMÓN DURAND, Velasco. Manual de Infecciones Intrahospitalarias y Bioseguridad. Consultor Académico Ace Científica. A.M.C Perú.
3. - GARCÍA RAMÓN, Pelayo Pequeño Larousse. Edición Larousse. Argentina:Ed. 1984.
4. - MALAGON LONDOÑA, Gustavo. Infecciones Hospitalarias 2da ed.Colombia Ed. Médica Internacional, 1999.
5. - Ministerio de Salud Pública “ Normas de Bioseguridad”. Medidas Preventivas. Uruguay. 1997.
6. - MINSA Bioseguridad para Puestos y Centros de Salud. Programa Salud Básica para Todos.Perú. 1998.
7. - PINILLA, Antonio. Conocimiento de la Interacción Humana. 1º Edición. Lima Ed. Iberoamericana. 1981.
8. RIZZI CH, Infecciones intrahospitalarias. Análisis Epidemiológico.medidas de control. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización mundial de la salud. (OMS).2000.
9. Denegri TA, Drouilly SA. Infección Intrahospitalaria y Contaminación por Vía aérea. Rev. Med, Chile, 109(12):1235-1239, 1983.
10. Separata de Kerllinger.

# ANEXOS

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO	TÍTULO	PÁGINA
A	CUESTIONARIO	84
B	GUIA DE OBSERVACIÓN	89
C	ESCALA DE CALIFICACIÓN	92
D	TABLA BINOMIAL	93
E	HOJA DE CODIFICACIÓN	94
F	PROCESO DE DATOS	99
G	TIEMPO DE SERV. DEL P. PROFESIONAL	101
H	TIEMPO DE SERV. DEL P.NO PROFESIONAL	102
I	CONDICION LABORAL DEL P. PROFESIONAL	102
J	CONDICION LABORAL DEL P. PROFESIONAL	103
K	NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL P. PROFESIONAL	103
L	NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL P. NO PROF.	104

**ANEXO A**

**CUESTIONARIO**

**ESTUDIO SOBRE BIOSEGURIDAD**

**INTRODUCCIÓN**

**Estimada (o) Licenciada (o)**

Estimada (o) Técnica (o):

Se viene realizando un estudio relacionado con la bioseguridad intrahospitalaria con el propósito implementar estrategias para mejorar su aplicación. Por ello le invitamos a responder el presente cuestionario que es de carácter anónimo solicitándole la veracidad en sus respuestas .

De antemano se agradece su participación

**I.- DATOS GENERALES**

1.-¿Cuál es su condición laboral actualmente?

Nombrado

Contratado

2.- Tiempo de servicio en la institución .

a.-Menor de un año

b.-2 a 5 años

c.-6 a 10 años

d.-Más de 10 años.

**II.-INSTRUCCIONES**

A continuación se presenta una serie de preguntas para que pueda responder marcando con un aspa sobre la respuesta correcta.

**1.- ¿Cuál de las siguientes alternativas define correctamente bioseguridad en salud ?.**

a) Conjunto de medidas preventivas destinadas a proteger la salud y la seguridad

el personal frente a riesgos laborales producidos por agentes biológicos, físicos o químicos.

b) Protección del personal y del ambiente de trabajo mediante la utilización de práctica de seguros y el uso de equipos de seguridad apropiados

c) Es el procedimiento en la atención directa al usuario y manipulación de materiales, insumos y otros potencialmente contaminados con fluidos

- corporales en el existe un mayor riesgo de adquirir infecciones en usuarios y trabajadores
- d) Ninguna de las anteriores.

**2.- ¿Cuáles son las precauciones universales de bioseguridad?.**

- a) Evitar accidentes por distracción y recordar que todo paciente se considera potencialmente infectado.
- b) Marcar adecuadamente todo desecho contaminado
- c) Utilizar contenedores adecuados para el desecho de material punzo cortante.
- d) Todos

**3.-El lavado de manos clínico es necesario realizarlo en las siguientes situaciones:**

- a) Antes de empezar la jornada de trabajo, y al terminar la misma, después de comer.
- b) Después de atender cada paciente, manejar material contaminado
- c) Ninguna
- e) a y b .

**4.- La duración que debe tener el lavado de manos clínico es:**

- a) De 15 a 20 segundos
- b) De 15 a 30 segundos.
- c) 30 segundo
- d) De 10 a 20 segundos

**5.- Cuáles son las barreras protectoras de bioseguridad.**

- a) Los guantes y mascarillas, mandilones, lentes protectores, yodopovidona
- b) Los lentes protectores y lavado de manos.
- c) Guantes, mascarillas, gorros, mandilones, botas y vestimenta especial, lejía.
- c) Mascarillas, mandilones, gorros, guantes, lentes protectores, vestimenta especial.

**6.- El uso de guantes es necesario para:**

- a) Manejar desechos contaminados.
- b) Cuando tiene heridas en la piel.
- c) Evitar que exista riesgo de entrar en contacto con sangre de pacientes contaminados.
- d) Controlar el riesgo de entrar en contacto con sangre fluidos corporales y soluciones de continuidad de la piel de todo paciente.

**7- Los guantes gruesos están indicados en las siguientes situaciones.**

- a) Para manipular material estéril y contaminado.
- b) En casos de manipular material muy caliente exclusivamente.
- c) Al manejar material de desecho contaminado.

e) Ninguno

8- **Identifique las situaciones en las que debe cambiar de guantes:**

- a) Al finalizar el turno.
- b) Solo en casos de haber atendido a un paciente contaminado.
- c) Cada vez que concluya un procedimiento
- d) Cuando se observe con fallas de fabricación.

9.- **El uso de mascarillas es necesario.**

- a) Para la atención de todo paciente hospitalizado.
- b) Utilizar cuando exista riesgo de salpicadura de fluidos y/o secreciones potencialmente contaminadas.
- c) Su utilización solo para proteger al paciente.
- d) Solamente en casos extremos.

10.- **Las mascarillas respiratorias están indicadas en**

- a) Atención de pacientes con infecciones gastrointestinales, tuberculosis, VIH.
- b) Al atender pacientes con infecciones aeropatógenos, tuberculosis, otros..
- c) Su uso es exclusivo de neumología
- d) Solo en pacientes que están con respirador.

11.- **El uso de mandilones está indicado en las siguientes situaciones:**

- a) Se usa en sala de operaciones, consulta externa y odontología exclusivamente
- b) Se utiliza en toda sala de hospitalización y en todo procedimiento que implique exposición a material contaminado.
- c) Se usa en todo procedimiento que implique exposición a material no contaminado y estéril.
- d) b y c .

12.- **El personal de Emergencia usa barreras protectoras en forma:**

- a) Permanente.
- b) Solo a veces
- c) Nunca.
- d) Cuando es necesario.

13.- **En casos de procedimientos invasivos Ud. utiliza:**

- a) Vestimenta exclusiva para áreas críticas pantalón, chaqueta, zapatos antideslizantes.
- b) Vestimenta que lo puede usar en cualquier servicio solo que sea exclusivo
- c) No es necesario utilizar vestimenta especial solo lo necesario porque se colocan mandilones estériles
- c) Puede utilizar el uniforme de servicio pero con mandilón .



**14.- En caso de atención de pacientes aislados qué barreras protectoras se usa:**

- a) Equipos de protección personal exclusivo. mandilón, mascarillas, guantes.
- b) Solo mandilón , guantes y alcohol..
- c) Barreras protectoras de la piel, y desinfectantes.
- d) Mascarillas por ser las más importantes..

**15.- Desecha las agujas u otros objetos punzo-cortantes en recipientes:**

- a) Cerrados y rígidos, rotulados y no perforables
- b) Cerrados, rígidos, rotulados, perforables y fáciles de eliminar.
- c) Rotulados y no perforables.
- d) Todos.

**16. - La vacunación contra la Hepatitis viral B es obligatoria para el personal :**

- a) Emergencia, medicina, sala de operaciones central de esterilización.
- b) Sala de operaciones, neonatología, emergencia, laboratorio, mantenimiento.
- c) De áreas críticas.
- e) Todo personal que trabaja en un hospital.

**17. - Qué solución utiliza cuando se derrama material contaminado :**

- a) Lavado con detergente común y agregar yodopovidona..
- b) Detergente enzimático y desinfectar con hipoclorito de sodio al 1 %.
- c) Hipoclorito de sodio al 10% para eliminar microorganismos.
- d) Ninguno.

**18.-Cuál es el recurso que se utiliza para el transporte de ropa contaminada:**

- a) Bolsas de tela.
- b) Bolsas impermeables.
- c) Coches rodantes.
- d) Bolsas de colores según su grado de contaminación.

**19 - Ha recibido capacitación de bioseguridad y con que frecuencia:**

- a) . Mensualmente.
- b) Trimestralmente.
- c) Semestralmente.
- f) Anualmente.

**20. -Si Ud. tiene herida y tiene que atender al paciente ¿Qué acción realiza?**

- a) La protejo con gasa y esparadrapo.
- b) Lo cubro con algodón y esparadrapo.

- c) Me protejo con una cinta adhesiva (curita).
- d) Lo desinfecto y lo dejo expuesto para favorecer la cicatrización.

**21. - Marque los accidentes sufridos durante su labor profesional con mayor frecuencia.**

- a) Pinchazos.
- b) Cortes
- c) Quemaduras
- d) Otros.

## ANEXO B

### GUÍA DE OBSERVACIÓN

OBSERVACIONES	SI	NO
<p>a. - Realiza lavado de manos clínico</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Se observa que tiene uñas cortas, limpias y sin esmalte.</li> <li>2.-Antes del lavado se retira joyas de las manos.</li> <li>3.-Se lava las manos antes de empezar la jornada.</li> <li>4.-La duración del lavado de manos dura de 15 a 30 segundos..</li> <li>5.-Antes de cada procedimiento.</li> <li>6.-Después de cada procedimiento.</li> <li>7.-Se lava las manos al finalizar la jornada.</li> <li>8.-Cumple con realizar el de lavado de manos después de comer.</li> </ol> <p>b.- Usa barreras protectoras en hospitalización:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Usa mandilón para la atención del paciente</li> <li>2.-Lleva colocado la mascarilla en atención de paciente.</li> <li>3.-Usa solo guantes en los servicios de hospitalización.</li> </ol> <p>c.- En emergencia usa barreras protectoras en forma permanente.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Usa mascarillas cubriéndose la nariz y boca.</li> <li>2.- El uso de guantes es permanente y se cambia en cada procedimiento.</li> <li>3.- Usa mandilón para la atención del paciente</li> </ol> <p>d .- En los procedimientos invasivos</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Utiliza pantalón y chaqueta o bata exclusivo.</li> <li>2.- Usa gorro mascarillas y botas.</li> <li>3.-Usa mascarillas permanentemente.</li> <li>4.- El gorro cubre los pabellones auriculares.</li> </ol>		

<p>5.- Se observa al personal con aretes, cadenas, reloj.</p> <p>6.- Ingresa a zona rígida con ropa de calle y sin botas</p> <p>7.- Se desplaza fuera de sala de operaciones con chaqueta y pantalón</p> <p>8.- Respeta la señalización de zona rígida.</p> <p>9.- Respeta la señalización de zona semirígida.</p> <p>10.- Se observa el uso de lentes protectores en actos quirúrgicos.</p> <p>e.- En caso de pacientes aislados:</p> <p>1.- Se coloca mandilón y mascarillas.</p> <p>2.- En caso de pacientes infectados con Tuberculosis, VIH usa Mascarillas N° 95.</p> <p>f.- El personal de enfermería come dentro de los servicios</p> <p>g.- Eliminación de material punzo cortante</p> <p>1.- Desecha las agujas en depósitos rígidos rotulados y no perforables.</p> <p>2.- Coloca el capuchón protector de agujas antes de eliminarlo.</p> <p>3.- Desecha las hojas de bisturí en depósitos rígidos, rotulados y no perforables.</p> <p>h.-eliminación de desechos</p> <p>1.- Cuando se derrama material contaminado es limpiado con hipoclorito de sodio al 1% .</p> <p>2.- Todo desecho contaminado es manejado con guantes.</p> <p>3.- Para transportar ropa sucia utiliza coches rodantes.</p> <p>4.- La ropa contaminada es trasladada en bolsas rotuladas.</p> <p>5.- Todo material contaminado va en bolsas de color rojo.</p> <p>6.- La eliminación de desechos contaminados en áreas críticas, se realiza con guantes gruesos previamente clasificados.</p> <p>I. - Al administrar Oxígeno:</p> <p>1.- Usa mascarillas individuales.</p> <p>2.- Reutiliza las mascarillas previamente lavadas.</p>		
--	--	--

<p>j.- Realiza los procedimientos de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Lavado, limpieza y esterilización.</li> <li>2.- Cuenta con autoclave para procesos de esterilización.</li> </ol> <p>k. - EL personal de zonas de alto riesgo se moviliza en otras áreas, usando las barreos protectoras gorros, guantes, mascarillas.</p> <p>l. - El instrumental quirúrgico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Cumple con proceso de esterilización en autoclave.</li> <li>2.- Se observa los marcadores virados.</li> <li>3.- Se almacena adecuadamente.</li> </ol> <p>m- Con respecto a los accidentes de trabajo.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Observó pinchazos al administrar tratamiento sin usar guantes.</li> <li>2.- Se observa que el personal notifica los accidentes de trabajo.</li> </ol>		
--	--	--

## ANEXO C

### ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado(a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio, según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1.El instrumento recoge información que permite respuesta al problema de investigación.			
2.El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3.La estructura del instrumento es adecuada.			
4.Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variables.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6.Los ítems son claros y entendibles.			
7.El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

SUGERENCIAS:

.....  
.....  
.....

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO: .....

**ANEXO D**

**TABLA BINOMIAL**

<i>N</i>	NUMERO DE JUECES								<i>P</i>
	1	2	3	4	5	6	7	8	
<i>1</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
<i>2</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
<i>3</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
<i>4</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
<i>5</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
<i>6</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
<i>7</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
<i>87</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

P = 0.004 LA CONCORDANCIA DEL INSTRUMENTO ES SIGNIFICATIVA

## ANEXO E

### HOJA DE CODIFICACIÓN

#### CUESTIONARIO

Nº	Pregunta -variable	Columna	Categorías	Código
1	Condición laboral	1	Nombrado	1
			Contratado	2
2	Tiempo de servicio	2	Menor 1 año	1
			de 2 a 5 años	2
			de 6 a 10 años	3
			Más de 10 años	4
3	Def. de bioseguridad	3	A	1
			B	0
			C	0
			D	0
4	Precauciones univers.	4	A	0
			B	0
			C	0
			D	1
5	Lavado de manos clin	5	A	0
			B	0
			C	0
			D	1
6	Duración de lavado de manos	6	A	0
			B	1
			C	0
			D	0
7	Cuales son las barreras p	7	A	0
			B	0
			C	0
			D	1
8	Uso de guantes necesario	8	A	0
			B	0
			C	0
			D	1
9	Ind de guantes gruesos	9	A	0
			B	0



			C	1
			D	0
10	Situaciones de cambio de g	10	A	0
			B	0
			C	1
			D	0
11	Uso de mascarillas	11	A	0
			B	1
			C	0
			D	0
12	Ind de masc. respiratorias	12	A	0
			B	1
			C	0
			D	0
13	Uso de mandilones	13	A	0
			B	1
			C	0
			D	0
14	Per emer uso b prot perm	14	A	1
			B	0
			C	0
			D	0
15	En proc. Invasivos	15	A	1
			B	0
			C	0
			D	0
16	Atec pac. Aislados	16	A	1
			B	0
			C	0
			D	0
17	Eliminación de m cortante	17	A	1
			B	0
			C	0
			D	0
18	Vac.hepatitis v B oblig	18	A	0
			B	0
			C	1
			D	0
19	Soluc que utiliza mat cont	19	A	0

			B	1
			C	0
			D	0
20	Trans ropa contaminada	20	A	0
			B	0
			C	0
			D	1
21	Caso de herida que hace	21	A	1
			B	0
			C	0
			D	0
22	Accidentes mas frec	22	A	1
			B	0
			C	0
			D	0
<b>GUÍA DE OBSERVACIÓN</b>				
	Lavado de manos			8
1	Uñas cortas lim sin esm	1	Si	1
			No	0
2	Se retira joyas	2	Si	1
			No	0
3	Lava manos ante de em jorn	3	Si	1
			No	0
4	Duración del lavado de mano	4	Si	1
			No	0
5	lava ante de cada proc	5	Si	1
			No	0
6	lava man desp de cada proc	6	Si	1
			No	0
7	lava manos al fin jornada	7	Si	1
			No	0
8	Después de comer	8	Si	1
			No	0
	Barreras protectoras			

1	Usa mandilón para atec pac	1	Si	1
			No	0
2	Usa mascarilla para atec pac	2	Si	1
			No	0
3	Uso solo guantes	3	Si	0
			No	1
	en emergencia			
1	Usa mascarilla perm	1	Si	1
			No	0
2	Usa guante cada ter proc	2	Si	1
			No	0
3	Usa mandilón para latenc	3	Si	1
			No	0
	Procedimientos invasivos			
1	pant y chat exclusivo	1	Si	1
			No	0
2	usa gorro mascarill botas	2	Si	1
			No	0
3	usa mascarilla permanen	3	Si	1
			No	0
4	gorro cubre pabellon auric	4	Si	1
			No	0
5	Uso de joyas	5	Si	0
			No	1
6	Ingresa a sop con ropa de c	6	Si	0
			No	1
7	Se desplaza fuera de sop v	7	Si	0
			No	1
8	Resp zona rigida	8	Si	1
			No	0
9	Resp zona semirig	9	Si	1
			No	0
10	Usa lentes protectores	10	Si	1
			No	0

	Pacientes aislados			
1	Usa mand y mascarilla	1	Si	1
			No	0
2	Usa mascarillas N95 nec	2	Si	1
			No	0
3	Personal come dentro serv	3	Si	0
			No	1
	Eliminación de mat punzo cort			
1	Desecha en envases adec	1	Si	1
			No	0
2	Desecha hojas de bist adec.	2	Si	1
			No	0
3	Coloca el capuchon a la ag	3	Si	0
			No	1
	Eliminación de desechos			
1	Derrama mat contlimp lejia 1%	1	Si	1
			No	0
2	usa guantes para desecho	2	Si	1
			No	0
3	trans ropa sucia coche rod	3	Si	1
			No	0
4	usa bolsas rotuladas	4	Si	1
			No	0
5	usa bolsa rojo para contam	5	Si	1
			No	0
6	elimn clasificado y guant gr	6	Si	1
			No	0
	Administrar oxigeno			
1	Mascarillas individuales	1	Si	1
			No	0
2	Reutiliza masc lavados	2	Si	0

			No	1
	Instrumental			
1	Cumple proc esterilización	1	Si	1
			No	0
2	Marcadores virados	2	si	1
			No	0
3	Almacena adecuadamente	3	Si	1
			No	0
	Accidentes de trabajo			
1	Observo pñchazos	1	Si	0
			No	1
2	Notifica accidentes de trabajo	2	Si	1
			No	0

## ANEXO F PROCESO DE DATOS

### TABLA MATRIZ

PERSONAL PROFESIONAL	Condicion laboral		Tiempo de sevicio				Conocimientos	Aplicación
	a	B	A	B	C	D		
1		2				4	12	30
2		2		2			13	30
3		2		2			14	32
4		2		2			17	40
5		2		2			16	40
6		2		2			08	26
7		2		2			15	41
8		2		2			16	39
9		2		2			15	36
10	1					4	16	42
11		2		2			12	34
12		2		2			14	31
13		2		2			12	34
14		2			3		16	37
15		2		2			12	30

16		2			3		14	35
17		2		2			11	26
TOTAL	1	16		13	2	2		

### NIVEL DE CONOCIMIENTOS

ALTO            16   A   20   = **5**  
 MODERADO    11   A   15   = **11**  
**BAJO**            **05**   A   **10**   = **1**

### NIVEL DE APLICACIÓN

APLICACION CORECTA            35   A   46   = **8**  
 APLICACION INCORRECTA        26   A   34   = **9**

PERSONAL NO PROFESIONAL	Condición laboral		Tiempo de servicio				Conocimientos	Aplicac.
	A	b	a	B	C	d		
1		2		2			11	29
2		2		2			10	28
3		2		2			14	31
4		2		2			10	28
5		2		2			14	29
6		2		2			13	37
7		2		2			12	29
8		2		2			08	28
9		2		2			11	30
10		2		2			07	29
11		2		2			15	36
12		2		2			09	28
13		2		2			11	29
14		2		2			13	37
15	1					4	12	31
16		2		2			15	36
17		2		2			14	31
18	1					4	14	35
19		2		2			11	30
TOTAL	2	17		17		2		

### NIVEL DE CONOCIMIENTO

**ALTO**      **16 A 20 = 0**

**MEDIO**    11 A 15 = **14**

**BAJO**      0 A 10 = **5**

### NIVEL DE APLICACION

**APLICACION CORRECTA**    35 A 45 = **5**

**APLICACION INCORRECTA** 26 A 34 = **14**

## ANEXO G

**TIEMPO DE SERVICIO DEL PERSONAL PROFESIONAL  
DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL ULDARICO  
ROCCA FERNANDEZ DE VILLA  
SALVADOR 2006  
LIMA - PERU**

<b>TIEMPO DE SERVICIO</b>	<b>NUMERO</b>	<b>POCENTAJE</b>
de 2 a 5 años	13	76.5
de 6 a 10 años	2	11.8
mas de 10 años	2	11.8
TOTAL	17	100.0

## **ANEXO H**

### **TIEMPÓ DE SERVICIO DEL PERSONAL NO PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNANDEZ VILLA EL SALVADOR 2006**

**LIMA - PERU**

<b>TIEMPO DE SERVICIO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
de 2 a 5 años	17	89.5
mas de 10años	2	10.5
TOTAL	19	100.0

## **ANEXO I**

### **CONDICION LABORAL DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNANDEZ VILLA SALVADOR 2006 LIMA - PERU**

<b>CONDICIÓN LABORAL</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
NOMBRADO	1	5.9
CONTRATADO	16	94.1
TOTAL	17	100.0



## ANEXO J

### CONDICION LABORAL DEL PERSONAL NO PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UL DARICO ROCCA FFERNANDEZ VILLASALVADOR 2006 LIMA - PERU

CONDICION LABORAL	Nº	%
PERSONAL NOMBRADO	2	10.5
PERSONAL CONTRATADO	17	89.5
TOTAL	19	100.0

## ANEXO N° K

### NIVEL DE CONOCIMIEMTOS SEGUN APLICACION DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL HURF DEL DISTRITO DE VILLA SALVADOR PRIMER SEMESTRE 2006

CONOCIMIENTO	APLICACION		TOTAL
	CORRECTA	INCORRECTA	
ALTO	5	0	5
MODERADO	2	9	11
BAJO	0	1	1
TOTAL	7	10	17

## **ANEXO N° L**

### **NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGUN APLICACION DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL NO PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL HURF DISTRITO DE VILLA SALVADOR PRIMER SEMESTRE 2006**

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>APLICACIÓN</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>CORRECTA</b>	<b>INCORRECTA</b>	
MEDIO	5	9	14
BAJO	0	5	5
TOTAL	5	14	19